

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE

PRESENTE A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

JEAN-LOUIS LABERGE

L'EVOLUTION DE L'ESTIME DE SOI CHEZ L'ALCOOLIQUE  
PENDANT LES QUATRE PREMIERS MOIS DE SOBRIETE

MAI 1979

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

L'EVOLUTION DE L'ESTIME DE SOI CHEZ L'ALCOOLIQUE  
PENDANT LES QUATRE PREMIERS MOIS DE SOBRIÉTÉ

SOMMAIRE

Cette étude portait sur l'évolution du concept de soi de l'alcoolique pour une période de quatre mois de sobriété. Ce laps de temps permettait de comparer l'effet du milieu privilégié et celui de la réinsertion sociale sur le concept de soi. C'était principalement l'estime de soi et le soi social qui furent les deux variables étudiées à l'intérieur du concept de soi. Les sujets, tous de sexe masculin, et au nombre de vingt-trois, fréquentant un milieu de traitement pour alcooliques, eurent trois passations successives du test Tennessee Self Concept Scale (TSCS). Les mesures furent prises immédiatement avant et après le traitement et, trois mois après la cure.

Les résultats recueillis nous avaient permis de constater une différence significative entre les trois mesures de l'estime de soi alors qu'elle n'existait pas pour la variable soi social. Nous avons retenu quatre niveaux d'explication de ces résultats: 1) la possibilité que certaines questions du test TSCS étaient ambiguës pour les sujets; 2) un manque de groupe-contrôle; 3) les mesures furent répétées à de trop brefs intervalles; 4) l'échantillonnage fut non représentatif de la population des alcooliques.

*Jean-Louis Laberge*  
*Richard Gould*

## Table des matières

Chapitre premier - Contexte théorique et expérimental.	1
Concept de soi et comportement humain.....	4
Principales théories sur le concept de soi.....	5
Organisation du concept de soi.....	7
L'estime de soi.....	9
Pouvoir du milieu sur le comportement des individus	11
Pouvoir du milieu sur le comportement des alcooliques.....	14
L'estime de soi chez l'alcoolique.....	16
Effets de l'alcool sur l'estime de soi des alcooliques.....	18
Hypothèses de travail.....	22
Chapitre II - Méthodologie.....	24
Instrument de mesure.....	25
Sujets.....	29
Déroulement de l'expérimentation.....	35
Chapitre III - Analyse des résultats.....	40
Méthodes d'analyse.....	41
Présentation des résultats.....	42
Interprétation et discussion des résultats.....	46
Résumé et conclusion.....	62
Nouveaux débouchés de recherche.....	66

Appendice A - Epreuve expérimentale.....	68
Appendice B - Description des variables de l'estime de soi.....	78
Appendice C - Résultats.....	83
Remerciements.....	87
Références.....	88

## Chapitre premier

### Contexte théorique et expérimental

Les croyances populaires suggèrent que l'alcoolique s'enivre pour se donner de l'assurance, voire même pour lutter contre un certain complexe d'infériorité. Des recherches menées par Blume et Sheppard (1967) démontrent que le buveur consomme de la boisson dans le but de réduire ou de supprimer un état de stress créé par des difficultés d'adaptation sociale. Par ailleurs, Vanderpool (1968) établit que l'alcoolique éprouve plus de difficulté à tolérer le stress lorsqu'il boit et que le fait de consommer de l'alcool renforce son état de tension. Contrairement à ces théories, Schenkel (1967) rapporte que le buveur est capable de résister davantage au stress que n'importe quelle autre personne. Selon Mc Kinnon (1972), il ne s'agit pas de vérifier si l'alcoolique supporte difficilement le stress ou non, mais d'étudier la perception que ce dernier a de lui-même en situation de stress et de voir comment ses difficultés peuvent se refléter sur son concept de soi.

Cette recherche est consacrée à l'étude du concept de soi de l'alcoolique. L'expérimentation porte sur l'évolution du concept de soi qui s'échelonne sur une période de quatre mois de sobriété. Le concept de soi est mesuré au début d'un traitement de désintoxication en clinique, immédiatement après la cure et trois mois plus tard. Comme nous le verrons

plus loin, le temps de sobriété est une variable importante dans le concept de soi de l'alcoolique.

Dans le concept de soi, il se présente plusieurs subdivisions, et l'étude s'appuie plus spécifiquement sur l'estime de soi qui joue un rôle de la plus haute importance. En effet, d'après Connor (1962), Zaccaria et Weir (1967) et Allen (1969), qui ont fait des études approfondies sur les problèmes des buveurs, l'estime de soi joue un rôle prépondérant dans l'alcoolisme. C'est l'estime de soi négative qui, semble-t-il, est à la base du problème de l'éthylisme. Toutefois, selon Mc Kinnon (1972), ce qui semble le plus contesté dans les recherches, c'est de savoir si l'estime de soi négative est la cause ou l'effet de l'alcoolisme. Pour Jellinek (1952), la perte d'estime de soi est conséquence à l'alcoolisme et se renforce au fur et à mesure que l'individu s'enlise dans son habitude. Williams (1967) vérifie l'hypothèse de Jellinek et examine si la réduction de l'estime de soi sert plutôt de facteur précipitant. D'après ces résultats, il est justifiable de conserver l'hypothèse que l'estime de soi négative précède l'expérience alcoolique.

Puisqu'il semble que le concept de soi joue un rôle capital dans le phénomène de l'alcoolisme, il est opportun d'examiner maintenant l'influence de cette dimension dans le comportement de l'être en général.



### Concept de soi et comportement humain

Pour la psychologie phénoménologique-existentielle, la perception de soi, avec toutes les dimensions qui la composent, apparaît comme un déterminant majeur du comportement. Snygg et Combs (1949) soutiennent que tout comportement sans exception est déterminé par le champ perceptuel de la personne qui agit. Il en est de même pour Rogers (1967) qui affirme que la meilleure façon de comprendre le comportement est de l'étudier en regard du cadre de référence interne de l'individu. Snygg et Combs (1949) assurent catégoriquement que l'individu agit d'une façon consistante avec l'image qu'il a de lui-même ou son concept de soi. La représentation consciente de soi, telle qu'elle est perçue par l'individu et dont la somme constitue le concept de soi, sert à guider son comportement.

Toutefois, le concept de soi n'est pas unitaire et l'une de ses principales dimensions semble être l'estime de soi. Avant toute chose, les gens désireraient avoir une opinion favorable d'eux-mêmes (Coopersmith, 1967; Rosenberg, 1968); la lutte pour maintenir l'estime de soi à un degré optimal serait la motivation la plus puissante de l'homme (Pepitone, 1968); d'après Drolet (1972): "Il n'y aurait pas de jugement de valeur plus important pour l'homme, pas de facteur plus décisif dans son développement psychologique et dans sa motivation que l'estime qu'il a de lui-même" (p. 222).

Bien qu'un nombre considérable de chercheurs s'entendent sur le fait que le concept de soi joue un rôle aussi important dans la conduite humaine, les théories qui tendent à expliquer en quoi consiste le concept de soi diffèrent et il convient d'en citer quelques-unes parmi les plus importantes.

### Principales théories sur le concept de soi

Dans les théories sur le comportement, il existe en principe deux points de vue sur lesquels on se base pour expliquer le comportement humain. Quant au premier, le comportement est une disposition innée (Freud, 1970; Jung, 1958). Selon le deuxième, la conduite humaine résulte davantage de la relation de l'homme avec son entourage social. Ainsi, pour plusieurs auteurs, dont les noms seront cités plus bas, la conduite humaine est quelque chose d'acquis. Nous allons examiner deux des écoles de pensée prônant ce point de vue.

La première école s'inscrit dans une perspective sociale. Ainsi, pour Leibniz (1949), la conscience est surtout une expérience de responsabilité morale. Le psychanalyste Erickson (1959) se réfère à la notion d'identité selon laquelle chaque groupe culturel possède une personnalité de base qui est maintenue à travers le changement. Pour Mead (1963), dont il sera question plus loin, la formation de soi résulte de l'intériorisation de nos rapports avec autrui. En somme, il est

possible de déduire de ces théories que l'identité n'est pas accidentelle, mais reliée aux conditions sociales. Adler (1966) affirme que l'individu est mû surtout par des impulsions sociales ou, autrement dit, ce sont des variables sociales qui agissent sur le comportement humain. Horney (1970) et Sullivan (1957) précisent d'autre chose encore en insistant également sur l'importance des déterminants sociaux. Ainsi, Horney (1970) est d'avis que le comportement repose sur une anxiété de base qui est produite par quelque chose qui trouble la sécurité. Sullivan (1957) soutient que le comportement s'enracine dans des processus sociaux; selon lui, le concept de base du comportement serait l'évitement de l'anxiété considéré comme phénomène inter-personnel.

La deuxième école rejoint la phénoménologie existentielle et remonte à James (1890) qui déjà distinguait deux caractéristiques du concept de soi: le soi connu (le "je") et le soi qui est l'objet de la connaissance (le "moi"). Mead (1934) a révisé la notion de James à la lumière d'une perspective sociale, alors que Combs et Snygg (1959) suivie de Rogers (1961) ont repris cette étude d'un point de vue phénoménologique.

Pour la phénoménologie, le concept de soi réfère à ce qu'est une personne, à ce qu'elle pense, plutôt qu'à ce qu'elle fait, bref, à l'évaluation consciente de la personne. Cette auto-évaluation dépendrait en principe des expériences

vécues par l'individu et pourrait alors devenir plus ou moins positive. Pour Kelly (1955), l'être humain ne réagit pas simplement aux stimuli, mais exerce le pouvoir de contrôler les événements. Kelly (1955) donne à l'être humain la caractéristique d'être singulier dans la manière de concevoir la réalité.

Jusqu'à présent, il faut retenir que le concept de soi joue un rôle très important dans la conduite humaine et qu'il existe deux principales écoles pour le définir. Dans le cadre de cette recherche, nous adopterons le point de vue de la phénoménologie et nous utiliserons à cet effet une échelle de mesure du concept de soi tirée des théories existentielles.

Il s'agit de voir maintenant la manière dont le concept de soi se structure chez un individu d'après deux phénoménologues.

#### Organisation du concept de soi

René L'Ecuyer (1975), dans une étude auto-descriptive sur le concept de soi des enfants de trois, cinq et huit ans, dresse une revue exhaustive des diverses notions du concept de soi où apparaissent cinq pôles majeurs: les perceptions ayant trait au corps de la personne; les perceptions correspondant à la description de soi en termes de qualités, de défauts, d'aptitudes, d'intérêts; les perceptions relatives à des

jugements de valeur à propos de la personne elle-même; les perceptions impliquant que l'individu sort de lui-même en vue d'intégrer la réalité sociale; les perceptions entraînant la séparation (différenciation entre ce qui est soi et ce qui réfère à des personnes ou à des objets).

Les cinq structures désignées précédemment par L'Ecuyer prennent les appellations suivantes: le soi matériel, le soi personnel, le soi adaptatif, le soi social et le soi non soi. Il n'est guère utile de donner plus de détails quant aux définitions opérationnelles des différents constituants du concept de soi formulées par L'Ecuyer, mais il faut souligner que l'auteur avait utilisé la méthode de Bugental qui consiste à poser cette simple question au sujet: "Qui es-tu?" L'auteur soutient que ce sont les énoncés du type "je suis..." qui sont les plus représentatifs du "champ expérientiel" de l'individu. D'après L'Ecuyer (1975), l'association libre est probablement plus intimement liée à l'expérience phénoménale de l'individu en demeurant plus présent au vécu émotionnel de la personne.

Un autre auteur du nom de Fitts (1965), en s'inspirant de Balester (1956), de Engel (1956), de Taylor (1953) ainsi que d'une série de descriptions sur le concept de soi, construit un réservoir d'items et, par la suite, vérifie les hypothèses trouvées par des cliniciens. Pour lui, "le concept de soi est un aspect organisé plus ou moins cohérent de perceptions que

l'individu a de lui-même en tant qu'objet d'observation, qu'acteur ou observateur" (Toulouse, 1971, p. 2).

Fitts (1965) définit le concept de soi d'après trois sous-ensembles qui forment un tout et constituent quelque chose de dynamique. Le premier regroupe les idées, les images et les opinions que la personne conçoit d'elle-même; le deuxième est celui des évaluations subjectives de l'individu (approbation-désapprobation ou à quel point la personne s'évalue comme valable, importante et efficace); le troisième traite du comment l'individu se voit agir, de l'image de ses comportements, de ses propres réactions. Ces trois sous-ensembles forment un tout inter-relié d'une façon dynamique et ainsi, lorsqu'il y a changement dans une partie de ce tout, les autres dimensions sont également atteintes.

Le concept de soi tel que l'a proposé Fitts (1965) est le modèle adopté pour mener cette recherche et on se doit de le décrire en détail. Bien que chacune des variables du concept de soi est importante, il convient d'examiner d'abord cette partie du concept de soi qui est le coeur même de ce travail: l'estime de soi.

### L'estime de soi

L'estime de soi reflète les tendances de la personne à avoir confiance en elle-même, à s'aimer, à s'apprécier, à se

considérer comme une personne qui a de la valeur et de l'importance. Egalement, l'estime de soi peut nous faire voir si la personne doute de sa valeur et ne s'apprécie pas ou encore si la personne est anxieuse, dépressive, malheureuse et si elle a peu de confiance en elle-même. Voilà la définition générale de l'estime de soi, mais si on l'examine de plus près, elle correspond à l'identité de l'individu et à la façon dont la personne se voit, le "qui suis-je?" qui apparaît dans le test de Bugental. L'estime de soi se rapporte également à la satisfaction ou à l'acceptation de soi par rapport au soi perçu.

D'autres dimensions font partie de l'estime de soi et se définissent ainsi: le soi physique (comment la personne perçoit son corps, sa santé, ses talents, sa sexualité), le soi moral-éthique (ses valeurs morales reconnues comme bonnes ou mauvaises), le soi familial (l'impression d'être un membre important d'une famille) et enfin, le soi social (le sentiment d'adéquation dans des situations sociales).

Pour Leary (1957), toutes les activités sociales, émotionnelles et interpersonnelles de l'individu visent à éviter l'anxiété et à maintenir l'estime de soi et l'alcoolique n'échappe pas à ce processus. Ainsi, pour Jellinek (1952), Connor (1962) et Mc Kinnon (1972), l'estime de soi est conséquente avec les habitudes de boire. La première variable étudiée dans cette recherche sera le niveau d'estime de soi.

Il convient d'examiner une autre variable importante dans la conduite de l'alcoolique: le soi social. En effet, Mc Kinnon (1972) soutient l'hypothèse de la contribution des composantes socio-psychologiques dans l'édification d'un concept de soi négatif chez l'alcoolique. Toutefois, il semble que l'influence des facteurs sociaux sur le concept de soi de l'alcoolique a, jusqu'à présent, peu servi d'objet d'étude aux chercheurs. En considérant la variable soi social, nous découvrirons l'influence du milieu en rapport avec le concept de soi de l'alcoolique. Ainsi, puisqu'il est possible d'étudier la variable estime de soi et la variable soi social à l'aide du même instrument de mesure (la mesure du concept de soi décrit par Toulouse, 1971), nous observerons également cette dernière variable dans les cadres de cette recherche.

Nous allons maintenant faire connaître l'importance du milieu sur le concept de soi de tous les individus en général et, par la suite, nous examinerons le pouvoir du milieu sur le comportement des alcooliques.

#### Pouvoir du milieu sur le comportement des individus

Pour Mead (1963), la tendance à s'apprécier ou non viendrait des jugements plus ou moins approuvateurs de notre entourage. La représentation sociale émerge de l'interaction



sociale et oriente les conduites humaines. L'évaluation que l'individu fait de lui-même, et plus précisément l'estime de soi, ne peut provenir d'ailleurs que de son milieu. En effet, d'après cet auteur: "Quand le soi apparaît, il implique toujours l'expérience d'un autre, il ne pourrait s'éprouver purement et simplement par lui-même" (Mead, 1963, p. 166). Tome (1972) rejoint les convictions de Mead quand il affirme que le moi est tributaire de l'évaluation de l'autre.

D'après ces auteurs, notre environnement social est en quelque sorte la génératrice de notre image personnelle. Le milieu familial constitue probablement à lui seul le plus important et le plus durable des systèmes de référence sur ce que nous pensons être. Hess et Handel (1967) affirment que, pour connaître la personnalité d'un individu, il semble essentiel de rattacher la nature de son individualité d'abord à sa famille, car c'est là qu'elle se développe. En vivant au sein de sa famille, chaque individu développe une image de lui-même et des membres qui l'entourent; chacune de ces images est chargée d'une très grande importance émotionnelle, dépendant à la fois de celui qui donne l'image et de celui qui la reçoit.

En règle générale, l'image émerge du passé de celui qui la détient et porte la marque de son expérience. Elle contient une projection du futur, fournissant à celui qui la possède une orientation dans ses relations et ses interactions avec

les personnes de son entourage. Pour Sullivan (1953), "les attitudes envers soi apprises au début de la vie sont pour toujours véhiculées par l'individu" (p. 74).

Selon Fitts (1965), le soi social constitue la réputation, la reconnaissance, la considération que l'individu obtient de son milieu. Tome (1972) distingue deux formes de représentation de soi qu'il propose d'appeler l'image propre et l'image sociale de soi. L'image propre (correspondant au soi personnel chez Fitts) fait référence aux traits de personnalité que l'individu admet comme lui appartenant (dispositions, attitudes ou capacités et image propre du corps).

L'image sociale de soi se constitue à partir des indices sur soi-même, ceux que l'individu reconnaît comme venant d'autrui. Elle est une conscience de soi pour autrui en ce sens que l'autre est sa source et son destinataire: l'image sociale s'élabore en rapport avec les "autrui" ou des groupes particuliers auxquels elle reste attachée (Tome, 1972, p. 29).

Tome poursuit en disant:

L'image sociale comporte précisément une recherche de soi-même chez autrui... sans identité pour autrui, point de conscience de soi, et, à la limite point de conscience du tout, car faute d'objet, la conscience ne saurait s'ouvrir sur un vide (p. 163) .

Maintenant que nous savons que le milieu social peut jouer un grand rôle sur chacun d'entre nous, voyons plus spécifiquement comment peut s'exercer cette influence chez l'alcoolique

en tenant compte de certains traits de sa personnalité.

Pouvoir du milieu sur le  
comportement des alcooliques

Les besoins fondamentaux d'affection, d'attention et d'affiliation des alcooliques semblent très insatisfaits dans leurs milieux environnants. Caron (1974), en s'inspirant de l'ouvrage de Blane The personality of the alcoholic (1968), voit chez certains d'entre eux des besoins de dépendance très forts que la société est incapable de satisfaire; chez d'autres alcooliques, ces besoins de dépendance sont niés depuis le bas âge, faisant place à des apparences de débrouillardise. Pour l'alcoolique, il est fort probable que sa façon d'aimer ne se fasse pas dans le sens adulte du mot. Pour lui: "l'amour sera plutôt un désir d'être dorloté et choyé; la sorte d'amour primitif qu'un bébé attend de sa mère" (Caron, 1974, p. 4).

Selon Blane (1968), l'alcoolique, de par son attitude défaitiste, réveillerait en nous les désirs qui sont refoulés au plus profond de notre subconscient face auxquels nous éprouvons de l'anxiété et de la culpabilité; devant cette menace, nous attaquons l'alcoolique et le fuyons:

L'indépendance, l'autonomie, la confiance en soi et la prise de responsabilités sont hautement appréciées dans notre contexte nord-américain. Cependant, vivre selon ces principes requiert des sacrifices énormes.

L'alcoolique est conscient de ce drame et l'exploite pour justifier sa consommation (Blane, cité par Caron, 1974, p. 5).

Dans un milieu privilégié comme une clinique de traitement, les besoins interdits en société sont probablement plus satisfaits, étant donné que nous accordons au patient plus d'empathie, plus d'attention et plus d'affection. A cet effet, nous pouvons constater que plusieurs alcooliques agissent comme des abonnés chroniques à la clinique, alors que d'autres, moins dépendants, reviennent parfois faire leur tour une fois leur mois de traitement terminé.

Cette dépendance de l'alcoolique au milieu clinique influence son concept de soi. D'après Mead (1963), le processus social produit le soi et il existe un grand nombre de soi correspondant aux différentes réactions sociales; en conséquence, nous devrions être en mesure de constater deux évaluations différentes dans le soi social de l'alcoolique: une évaluation propre à son environnement naturel et une autre attribuable à un milieu privilégié tel qu'une clinique de réhabilitation.

Selon les théories de Mead (1963) et de Tome (1972) sur l'image sociale en relation avec le milieu, les auteurs sont d'avis que l'environnement dans lequel évolue l'individu engendre son soi. Cette théorie devrait être davantage vérifiable si nous tenons compte de la personnalité de l'alcoolique. En effet, selon Vanderpool (1968), les alcooliques sont

des êtres immatures, insécures et dépendants. Selon Rosen (1967), ils sont sensibles aux opinions d'autrui et ils ont une sensibilité extrême à la souffrance, surtout psychique, d'où leur difficulté à supporter la tension et la frustration. Schnadt (1950) note que les alcooliques manquent de capacité pour s'évaluer, se diriger ou juger. Ceux-ci sont souvent décrits comme des hyper-sensibles et des gens éveillés aux moindres attitudes de blâme et de mépris. Ainsi, nous constatons à quel point l'alcoolique accuse une vulnérabilité dans l'expression de sa personnalité.

Comme l'environnement apparaît déterminant dans le soi social de l'alcoolique, il faudrait maintenant voir comment se présente l'estime de soi chez ce dernier.

#### L'estime de soi chez l'alcoolique

Plusieurs théories essaient d'expliquer le comportement de l'alcoolique, mais jusqu'à maintenant, seule celle de l'estime de soi négative semble obtenir l'assentiment général des chercheurs:

Si on ne peut définir les alcooliques comme des névrosés ou des psychotiques s'adonnant aux boissons alcooliques, on peut cependant tous les réunir sous un même trait: une estime de soi inférieure ne variant pas d'un individu à l'autre (Drolet, 1972, p. 224).

Gross et Alder (1970) constatent, en administrant le test Tennessee Self Concept Scale (TSCS), que les alcooliques se situent significativement plus haut que la moyenne de la population normale à l'échelle critique de soi et significativement plus bas aux échelles estime de soi, identité de soi, satisfaction de soi, soi physique, soi moral, soi personnel, soi familial et soi social. Vanderpool (1968) arrive à des conclusions absolument identiques en appliquant la même échelle de mesure à cent alcooliques.

Dans une autre étude sur le concept de soi de l'alcoolique, Connor (1962), au moyen de l'Adjective Check List (ACL) de Gough, compare une population de non-alcooliques et différentes sous-populations alcooliques (alcooliques de prison et de sanatorium, membres des Alcooliques Anonymes et de "Skid Row") et constate que les alcooliques ont un concept de soi plus négatif que celui des non-alcooliques.

D'après une autre recherche effectuée par Weir et Zaccaria (1967) sur les gens que l'on pourrait appeler les "non-actualisés" (c'est-à-dire les gens qui n'utilisent pas leurs talents, leurs capacités au maximum, n'emploient pas leur temps de façon efficace, ne vivent pas dans le présent et ne se sentent pas en confiance devant la vie et la nature humaine), un concept de soi négatif sous-tend une personnalité non-actualisée.

Selon Branden (1967), la basse estime de soi chez l'alcoolique signifierait que ce dernier possède la conviction profonde de sa non-efficacité et de sa non-valeur véritable. A l'aide du test "Qui suis-je?", Gordon (1968) remarque que souvent les alcooliques se décrivent en ces termes: "Je ne vaux rien, on ne peut compter sur moi, je suis égoïste, bon à rien, cruel, stupide, impulsif, indigne de considération positive".

Il ressort donc que l'estime de soi négative joue un rôle central dans ce phénomène de l'alcoolisme et que cette estime de soi négative pourrait venir du milieu où se trouve l'alcoolique. On pourrait se demander maintenant ce qu'il advient de l'estime de soi chez l'alcoolique lorsque ce dernier consomme de la boisson. Les auteurs sont loin de s'entendre sur cette question comme nous allons le constater avec l'exposé de certains résultats contradictoires.

#### Effets de l'alcool sur l'estime de soi des alcooliques

D'après Vanderpool (1968), la motivation à l'ébriété chez l'alcoolique découle d'un concept de soi négatif et, plus l'alcoolique a une piètre perception de lui-même, plus il consomme de l'alcool. Selon Blume et Sheppard (1967), l'alcoolique essaierait, au moyen de l'alcool, de hausser son concept de

soi, d'obtenir un effet psychologique particulier ou un changement de personnalité. Le buveur ne consommerait pas tant par goût mais à la suite d'un certain apprentissage: celui de réduire un état de stress. Les changements qu'il espérerait apporter à l'aide de l'alcool concernent, semble-t-il, la suppression de la timidité, de la critique de soi, les sentiments de dépression, bref, tout état de tension.

D'autre part, Mc Kinnon (1972) rapporte qu'avec l'aide du Mc Kinney's Sentence Completion Blank (MSCB) des auteurs ont analysé l'estime de soi chez l'alcoolique par rapport à la durée de la période de sobriété; les résultats démontrent que l'estime de soi devient de plus en plus négative au fur et à mesure que se poursuit la durée de sobriété. "Plus l'alcoolique demeure en milieu thérapeutique à s'abstenir d'alcool, plus il présente un concept de soi négatif et plus il exprime de la culpabilité" (Mc Kinnon, p. 189).

Toujours d'après Mc Kinnon (1972), le concept de soi de l'alcoolique serait négatif en période de sevrage et diminuerait progressivement pendant un certain temps pour ensuite se structurer et devenir positif, plus réaliste, plus conforme à ce qu'est vraiment l'individu et le soi idéal plus proportionnel à ses capacités. Quant au nombre de mois qui devraient se passer entre la présence d'un concept de soi négatif et la structuration d'un concept de soi positif, White et Gaier (1965)



soutiennent qu'un concept de soi négatif peut être maintenu pendant onze mois de sobriété.

Schenkel (1967) trouve une relation négative significative entre le concept de soi de l'alcoolique et sa motivation à boire, ce qui revient à dire que l'individu qui a une perception positive de lui-même sera peu motivé à pratiquer la sobriété. Selon Schenkel (1967), on pourrait interpréter ce résultat par le fait que l'alcoolique présente une estime de soi élevée en termes de réactions défensives ou d'incapacité à faire face à la réalité de ses échecs, réactions qui se traduisent en une fierté de nature défensive ou à un optimisme irréaliste.

Une recherche menée par Connor (1962) entre en contradiction avec les résultats obtenus par Schenkel (1967); ainsi, l'auteur obtient des indices d'une meilleure acceptation de soi chez les alcooliques après une certaine période de sobriété. D'autre part, Connor (1962) et Schenkel (1967) nous confirment que plus l'alcoolique a une piètre perception de lui-même, plus il consomme de l'alcool.

Selon Mc Kinnon (1972), le facteur temps apparaît très important surtout dans les débuts de la période de sobriété. White (1966) étudie l'image corporelle et l'image de soi à l'aide des tests Body Catharsis et Self Catharsis Scale sur une population de 104 alcooliques. Les résultats démontrent

que les alcooliques abstinents depuis deux mois ont une image de soi négative et une image physique positive. Cependant, après trois mois de sobriété, on remarque une inversion de ces mesures: l'image de soi devient positive et l'image corporelle négative.

Pour Davis, Sheppard et Myers (1956), une période de six mois de sobriété - et même une période de trois mois - est décisive pour la grande majorité des patients. Gerard et Saenger (1966), après avoir analysé trois importantes études de relance, sont arrivés à la conclusion qu'il n'y a pas de différence significative dans le comportement de l'alcoolique après six mois, un an et deux ans.

Les buts de cette recherche sont d'abord de vérifier la théorie de Mc Kinnon (1972), à savoir si la cote d'estime de soi de l'alcoolique évolue de façon négative durant les premiers mois de sobriété; d'autre part, d'examiner si l'estime de soi baisse également au cours des trois mois suivant le traitement; un dernier but vise à vérifier si la variable soi social évolue durant le traitement et diminue trois mois après le traitement.

Pour atteindre ces buts, nous prendrons successivement trois mesures du concept de soi: une première aura lieu dès le commencement du traitement, ce qui correspond au début

de la période de sobriété et à l'évaluation de son concept de soi par rapport à son milieu naturel. Cette première mesure aura lieu avant même qu'il y ait un effet quelconque causé par le milieu privilégié. Une seconde mesure sera fixée immédiatement après le traitement, soit environ un mois plus tard. Elle permettra de constater l'influence du milieu privilégié sur l'image de soi de l'alcoolique. Une troisième évaluation sera entreprise trois mois après le traitement et elle nous permettra de vérifier à nouveau l'influence de son environnement familial sur son estime de soi.

Ces trois mesures seront obtenues auprès des alcooliques qui se présenteront pour un traitement dans une clinique de désintoxication. Nous utiliserons comme instrument de mesure le Tennessee Self Concept Scale qui sera décrit en détail au chapitre suivant.

### Hypothèses de travail

En tenant compte des résultats obtenus par Schenkel (1967) qui sont contradictoires avec ceux de Connor (1962) au sujet de l'évolution de l'estime de soi par rapport au temps de sobriété, il convient de vérifier expérimentalement les deux hypothèses déduites par Mc Kinnon (1972) à partir de ces données:

Hypothèse I:

Le niveau global d'estime de soi baisse au cours du traitement par rapport à celui établi avant la cure.

Hypothèse II:

Le niveau global d'estime de soi baisse au cours des trois mois suivant le traitement par rapport à celui mesuré après la cure de réhabilitation.

Il est également possible d'énoncer deux autres hypothèses de travail en ce qui concerne le soi social de l'alcoolique défini par Fitts (1965) comme étant le reflet du sens d'adéquation et de valeur dans les transactions sociales. D'après Mead (1963) et Tome (1972) qui prétendent que le soi social provient du milieu où vit un individu et d'après Rosen (1967) qui affirme que l'alcoolique est vulnérable (manque de capacité pour s'évaluer, se diriger ou juger), deux autres hypothèses se posent:

Hypothèse III:

Le soi social augmente durant la période de traitement par rapport à la mesure établie avant la cure.

Hypothèse IV:

Le soi social diminue durant les trois mois suivant le traitement par rapport à celui mesuré immédiatement après la cure de réhabilitation.

Chapitre II

Méthodologie

Dans ce chapitre, l'instrument de mesure choisi pour vérifier les hypothèses sera décrit plus en détail; par la suite, il sera question des sujets qui ont participé à cette recherche ainsi que de la procédure suivie au cours de l'expérimentation.

### Instrument de mesure

Pour mesurer le concept de soi, on pourrait tout simplement poser la question "qui es-tu?" au sujet. Dans le traitement des données, il conviendrait de découper les réponses sous forme d'énoncés sur un modèle structural et d'en déterminer les profils. Par contre, l'utilisation d'un tel procédé a été abandonné à cause d'un nombre trop restreint de sujets et d'autre part, il était possible d'avoir recours à un autre moyen de mesurer le concept de soi.

Le Tennessee Self Concept Scale (TSCS), mis au point par Fitts en 1965, semble répondre adéquatement aux objectifs de cette étude d'autant plus qu'il a servi d'outil à un certain nombre d'auteurs qui se sont intéressés au concept de soi de l'alcoolique. Par exemple, Gross et Alder (1970) l'ont utilisé pour démontrer que les alcooliques ont un concept de soi très

négatif. Vanderpool (1968) a employé ce test pour étudier les changements du concept de soi dans des conditions de sobriété et d'ivresse.

La conception multidimensionnelle du TSCS laisse clairement ressortir l'idée d'un certain nombre d'éléments fondamentaux dans le soi. Cet instrument de mesure conçu plutôt pour diagnostiquer est apparenté aux conceptions de la méthode autodescriptive où le soi est défini de la façon dont l'individu se perçoit et se voit parmi les autres.

Une autre raison qui peut encore justifier l'utilisation du TSCS est tout simplement qu'il nous permet de constater le(s) changement(s) qui s'opère(nt) sur trois mesures dans le temps. Ashcraft et Fitts (1964), en comparant un groupe de personnes en thérapie depuis six mois à un autre groupe qui attendait pour commencer une cure, ont distingué dix-huit dimensions dans l'échelle du concept de soi qui étaient influencées par le traitement.

Il est important tout d'abord de signaler les qualités métrologiques du test TSCS et d'en décrire les différentes dimensions.

#### Qualités métrologiques du test TSCS

D'après Wylie (1961), il n'existe pas moins de deux cents instruments spécialement conçus pour mesurer différents

aspects du concept de soi; par contre, Toulouse (1971) nous dit que tous ces outils de mesure ne méritent pas une approbation scientifique:

La majorité de ces mesures ont des limites qui laissent plus d'un chercheur perplexe; certains questionnaires sont très longs à utiliser; d'autres ont très peu de validité de construit; pour d'autres, on note une absence d'étude sur les qualités psychométriques de la mesure (Toulouse, 1971, p. 4).

Le Tennessee Self Concept Scale, qui a été conçu par Fitts (1965) mais dont la validation de l'instrument revient à Lamarche (1968) et l'adaptation française à Toulouse (1971), se présente comme un outil assez fiable. En effet, Lamarche a vérifié la validité prédictive de contenu et de discrimination entre les échelles du concept de soi. Toulouse (1971), en se servant d'un groupe d'étudiants du niveau collégial pour établir la fidélité de l'instrument, a utilisé la méthode test-retest et a trouvé des corrélations de l'ordre de .60 et .90 entre les deux résultats.

#### Dimensions du test TSCS

Le concept de soi mesuré par le test TSCS est une échelle composée de cent items. Le sujet doit s'évaluer sur une échelle en cinq points équidistants, allant de complètement faux à complètement vrai. Le test est d'administration facile et peut être utilisé individuellement ou en groupe; il suffit d'une



sixième année d'étude pour pouvoir en maîtriser la lecture.

Fitts (1965) a développé son échelle à partir de ces trois opérations distinctes:

1. En s'inspirant des études de Taylor (1953), de Ballester (1956) et Engel (1956) et d'une série de descriptions de soi, l'auteur a d'abord construit un réservoir d'items décrivant le concept de soi.

2. Les items furent minutieusement analysés et classifiés ainsi: identité, satisfaction, comportement, soi physique, soi moral-éthique, soi personnel, soi familial et soi social.

3. Les items sont ensuite classés par sept cliniciens dans les diverses catégories. Il en ressort quarante-cinq positifs et quarante-cinq négatifs.

Les quatre-vingt-dix items ainsi trouvés sont regroupés sous quatre catégories: 1) défense de soi, 2) estime de soi, 3) consistance du soi, 4) adaptation du soi. Chacune de ces catégories représente une variable et le test entier en contient vingt-neuf; cependant, pour faciliter la manipulation des données à l'ordinateur<sup>1</sup>, la dernière échelle a dû être abandonnée. On trouvera en appendice B deux tableaux qui faciliteront la

---

<sup>1</sup>Il convient de remercier Monsieur Jean-Marie Toulouse pour avoir permis la correction mécanographique des protocoles du test TSCS.

compréhension du test TSCS. Le premier (tableau 3) démontre l'organisation interne du test et le deuxième (tableau 4) présente ses 28 variables réparties sous quatre grandes catégories.

La cote positive totale et le soi social sont les deux variables dépendantes de cette recherche. On ne peut cependant pas analyser ces variables sans tenir compte de toutes les autres variables de l'estime de soi qui sont en relation avec les deux variables principales. On trouvera également en appendice B la description des variables de l'estime de soi (tableau 5).

### Sujets

Les sujets examinés proviennent tous d'un centre résidentiel de traitement pour alcooliques<sup>1</sup>. Les deux premières évaluations ont été prises à la clinique même, alors que pour la troisième mesure, les sujets ont été rejoints par correspondance dans leur milieu respectif.

Dans une étude sur l'alcoolisme, il convient de considérer le sexe, l'âge, la classe sociale, le facteur culturel et l'état psychologique des sujets. Dans cette recherche, seule la variable sexe est contrôlée. Quant aux autres variables,

---

<sup>1</sup>Il convient de remercier la clinique Domrémy de Pointe-du-Lac (de la région de Trois-Rivières) pour l'excellence de sa collaboration.

elles figurent seulement à titre d'information supplémentaire afin de savoir où se classe ce groupe d'alcooliques par rapport à ces autres variables.

### Le sexe

L'expérimentation a porté essentiellement sur des sujets masculins, étant donné la faible quantité de femmes qui se présentait pour un traitement (proportion d'une femme pour six hommes).

### L'âge et la classe sociale des sujets

Si on devait se baser sur les chances de succès pour opérer une sélection, les patients les plus âgés, surtout ceux possédant une meilleure éducation et occupant le plus souvent des postes représentatifs d'une classe socio-économique plus élevée donneraient alors un meilleur résultat (Levinson et Mc Lachlan, 1973, p. 219).

Dans cette étude, l'âge des sujets variait entre 21 ans et 75 ans. Le trop petit nombre ne permettait pas toutefois de classer les individus par groupe d'âge. Le tableau 1 ci-après nous donne la répartition des âges.

Nous constatons selon le tableau 2. que tous les sujets proviennent d'une classe moyenne inférieure. Ainsi, dans cette recherche, on peut considérer que l'évolution de l'estime de soi se rapporte à cette classe particulière de gens.

Tableau 1

Distribution des sujets par groupe d'âge  
par rapport à chacune des passations du test TSCS

Groupe d'âge	Nombre de sujets		
	Au 1e test	Au 2e test	Au 3e test
21 - 25 ans	6	4	3
26 - 30 ans	5	3	1
31 - 35 ans	6	6	5
36 - 40 ans	3	1	1
41 - 45 ans	10	5	4
46 - 50 ans	3	1	1
51 - 55 ans	8	5	2
56 - 60 ans	3	3	3
61 - 65 ans	4	2	2
66 - 70 ans	1	1	0
71 - 75 ans	1	1	1
Total	50	32	23

Moyenne d'âge au premier test: 49.0 ans

Moyenne d'âge au deuxième test: 43.7 ans

Moyenne d'âge au troisième test: 42.6 ans

Tableau 2  
Distribution des sujets par occupation

Occupation	Nombre de sujets
Agent de sécurité	2
Boucher	1
Bûcheron	2
Chômeur	1
Chauffeur, camionneur	4
Commis, magasinier	4
Commerçant	3
Dessinateur	1
Débosseleur	2
Ebéniste, menuisier	3
Facteur	1
Huileur	1
Journalier	15
Opérateur	1
Publiciste	1
Peintre en bâtiment	1
Projectionniste	1
Retraité	3
Serveur de table	2
Vendeur	1
Total	50

### Le facteur culturel

Ellenberger (1974) soutient que la valeur des recherches scientifiques sur l'alcoolisme restera biaisée aussi longtemps que les chercheurs ne tiendront pas compte du milieu culturel dans lequel s'effectuent leurs recherches.

On tient compte ici du facteur culturel et même géographique puisque tous les sujets sont d'origine québécoise et font partie intégrante de la région 04.

### L'état psychologique des patients

Selon le Dr Chiasson (1970), l'immense majorité des alcooliques appartiennent à toutes les catégories de troubles émotionnels, dont 75% environ sont des névroses caractérielles diverses, alors qu'à peu près 18% souffrent de psychoses.

Levinson et Mc Lachlan (1973), dans une étude portant sur les facteurs influençant les résultats du traitement des alcooliques, n'ont pas pu déceler à l'aide de l'échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes que les patients brillants se rétablissent mieux que les moins doués. Par contre, cette même étude révèle, à l'aide des échelles de jugement de Rorschach, que les patients affichant une bonne adaptation sociale à l'admission ont cessé plus fréquemment de boire que ceux présentant une piètre adaptation.

Les alcooliques ayant une bonne image de soi, c'est-à-dire un haut degré de conciliation entre leur moi et la représentation idéale qu'ils pouvaient s'en faire à l'admission, font preuve d'une plus grande amélioration du côté psychologique que ceux ayant une faible image de soi d'après Levinson et Mc Lachlan (1973). De plus, l'étude révèle, à l'aide des trois échelles de validité et des dix échelles cliniques de l'Inventaire de personnalité du Minnesota (MMPI), que le rétablissement avait peu de chance de succès chez les patients affligés d'une forte dépression ou de troubles caractériels; également, la pathologie persiste davantage chez ceux présentant des tendances obsessionnelles, une personnalité schizoïde, des symptômes d'hystérie et ainsi que chez les sujets dont le niveau global des psychopathologies latentes est élevé.

D'autre part, les recherches de Levinson et de Mc Lachlan (1973) révèlent que l'adaptation sociale est réalisée chez les patients doués de suffisamment de souplesse et de réceptivité et suffisamment exempts de comportement défensif. En principe, les individus qui montrent moins d'affliction dans leur personnalité ont plus de chance de s'intégrer dans la société; à partir de cette constatation, les auteurs nous disent que 22% des alcooliques reprendront tout probablement leur habitude de boire et resteront des inadaptés sociaux.

Parmi les sujets qui ont fait l'objet de l'expérimentation, aucun n'a subi de test psychologique afin de déterminer certaines pathologies telles que délinquance, dépression et psychose. Par contre, un psychologue assisté de deux personnes ressources ont évalué qualitativement l'état psychologique de ces individus et leur degré de motivation à abandonner la boisson. Bref, d'après ce comité de sélection, aucun des sujets qui ont contribué aux résultats de cette recherche n'a démontré de trouble important de la personnalité et tous sont apparus très motivés. On ne peut cependant pas se fier uniquement à une entrevue pour déterminer l'état psychologique de ces individus et c'est pourquoi ce critère demeure incertain.

Il convient d'aborder immédiatement la façon dont le test a été présenté aux sujets et les difficultés rencontrées lors de l'expérimentation.

#### Déroulement de l'expérimentation

Tous les patients qui se présentent à la clinique pour une cure de réhabilitation d'une durée d'un mois sont sujets (à l'exception des individus de sexe féminin) à subir le questionnaire sur l'image de soi. Chacun s'est porté volontaire et s'est montré apte à subir l'examen d'après une évaluation clinique qui s'est tenue au début du traitement. Le patient



est informé, lors de son évaluation clinique, qu'une personne lui fera passer un questionnaire qu'il est en droit d'accepter ou de refuser.

Comme le test demande aux sujets de livrer certaines parties d'eux-mêmes, l'expérimentateur prend bien soin de créer un climat de confiance et d'expliquer les buts du questionnaire.

Lors du premier test, les gens se présentent par groupe de deux ou trois à la fois, mais le plus souvent le patient est seul avec l'expérimentateur. On avertit les sujets qu'ils auront à remplir de nouveau le même questionnaire à la fin de leur cure et trois mois après le traitement afin de comparer leurs résultats.

Au premier test, les individus sont vus avant même qu'il y ait eu traitement. Au second test, le questionnaire est présenté lors de la dernière journée de la cure. A la troisième mesure, la plupart des gens sont rejoints par correspondance. Plusieurs ont donné de leurs nouvelles sur la feuille-réponse accompagnant le questionnaire, ce qui eut pour effet d'apprécier davantage leur état psychologique.

Les trois passations ont eu lieu dans une atmosphère différente au cours de l'expérimentation. En effet, le sujet examiné pouvait être seul avec l'expérimentateur durant le premier test et se retrouver avec un ou deux autres individus lors

de la deuxième mesure. De plus, la troisième évaluation était prise au foyer familial du sujet avec une ambiance différente de la clinique de réhabilitation.

Somme toute, les trois passations s'équivalent quant à la consigne: ainsi, au cours des trois tests, on demande aux sujets de répondre au meilleur de leur connaissance et le plus consciencieusement possible. Aucune modification n'est apparue aux questionnaires durant les trois mesures, sauf qu'il a fallu apporter quelques précisions face à certaines questions. La durée du test respectait le rythme de chacun.

#### Problèmes rencontrés au cours de l'expérimentation

Les problèmes rencontrés lors de l'expérimentation sont de trois ordres particuliers: 1) Certains énoncés du test sont confus pour le patient, 2) il est impossible de prévoir les gens qui vont abandonner leur cure avant terme, 3) il fut difficile de rejoindre certains sujets pour le troisième test.

##### A. Énoncés confus pour le patient:

Pour la compréhension du test lui-même, les questions sont sensées être comprises par des gens ayant une sixième année d'étude, mais quelques mots ont nécessité une aide de la part de l'expérimentateur: "farce grivoise", "sex-appeal". Egalement, certains énoncés ont demandé une explication supplémen-

taire: "J'ai du succès auprès des hommes", "je suis une personne bien", "j'ai l'impression que ma famille n'a pas confiance en moi". Il était fréquent également que l'on demandât s'il fallait se décrire en état d'ébriété ou de sobriété. A cette question, l'expérimentateur invitait les sujets à répondre au meilleur de leur connaissance.

#### B. Abandon avant la fin de la cure:

Le traitement était fixé à un mois, mais il était impossible de prévoir les gens qui abandonneraient leur cure avant quatre semaines. En plus, ils ne donnaient pas d'avertissement au préalable et il demeurait alors difficile de les rejoindre par la suite. C'est ainsi que pour la deuxième mesure on ne comptait plus que trente-deux patients sur cinquante inscrits au premier test.

#### C. Difficultés pour rejoindre les patients:

Parmi les sujets rejoints par correspondance, plusieurs avaient changé d'adresse et il fut difficile de les atteindre. Quant au questionnaire, treize patients y ont répondu par retour du courrier, quatre autres après un premier rappel, alors qu'il fallut un second rappel pour rejoindre les quinze derniers.

Au nombre de ceux qui n'ont pas répondu au troisième questionnaire, il y eut le décès de l'un d'eux alors que nous

sommes demeuré sans nouvelle des autres.

Nous sommes maintenant en mesure de considérer les résultats concrets de cette recherche et ainsi d'apporter la vérification des hypothèses de travail.

### Chapitre III

#### Analyse des résultats

Dans ce chapitre, il est question des méthodes d'analyse utilisées, de la présentation, de l'interprétation et de la discussion des résultats.

### Méthodes d'analyse

Dans le but de vérifier les hypothèses formulées, trois méthodes statistiques sont appliquées: l'analyse de la variance pour mesures répétées, le test de Sheffé et le test "t"<sup>1</sup>.

L'analyse de la variance pour mesures répétées va nous permettre de savoir s'il existe des différences significatives entre les mesures pour chacune des vingt-huit variables du test TSCS (voir appendice C, tableau 6).

Le test de Sheffé nous indique où se situent ces différences significatives: soit entre les mesures un et deux, deux et trois ou un et trois. Le seuil de probabilité choisi est de .05 (voir appendice C, tableau 6).

Le test "t" de Student est utilisé dans le but de déterminer si les différences entre les changements produits par

---

<sup>1</sup>Il convient de remercier le Service de l'informatique de l'Université du Québec à Trois-Rivières pour l'aide fournie dans le traitement des données.

le traitement et les changements produits par la réinsertion sociale sont significatifs pour chacune des variables. Les valeurs de "t" supérieures à 2.074 sont jugées significatives au seuil de .05 (voir appendice C, tableau 7).

L'évolution produite par le traitement est indiquée par le changement I dont les cotes proviennent de la différence entre les moyennes obtenues au premier et au deuxième testing. La réinsertion sociale est indiquée par le changement II et les cotes découlent de la différence entre les moyennes de la deuxième et de la troisième mesure (voir appendice C, tableau 7).

### Présentation des résultats

Dans la présentation des résultats, nous allons reprendre chacune des hypothèses de travail en suivant pour chacune d'elles les étapes suivantes: il s'agit d'abord de consulter la figure 1 qui permet de comparer les résultats pour chacune des trois mesures. Ensuite, de faire référence au tableau 6 de l'appendice C pour l'analyse de la variance et le test de Sheffé. Et enfin, de vérifier au tableau 7 de l'appendice C le niveau de signification entre les changements produits par le traitement et les changements produits par la réinsertion sociale.





La première hypothèse formulée au sujet de l'estime de soi ou de la cote positive totale était la suivante:

Hypothèse I: Le niveau global d'estime de soi baisse au cours du traitement par rapport à celui établi avant la cure.

D'après les résultats, cette première hypothèse est infirmée. En effet, les résultats vont exactement à l'encontre de cette hypothèse. Le niveau d'estime de soi est supérieur (31e percentile) après le traitement, alors qu'avant la cure il n'était qu'au 8e percentile (voir figure 1). Dans l'analyse de la variance, la cote positive totale présente une source significative de la variance ( $p < .01$ ) entre les mesures un et deux (voir appendice C, tableau 6, variable 5). Ainsi, il y aurait une augmentation significative du niveau global d'estime de soi après le traitement.

La deuxième hypothèse également en rapport avec l'estime de soi s'énonçait ainsi:

Hypothèse II: Le niveau global d'estime de soi baisse au cours des trois mois suivant le traitement par rapport à celui mesuré immédiatement après la cure.

A la lumière des résultats, cette deuxième hypothèse est également infirmée. En effet, la cote positive totale qui se situe au 31e percentile après le traitement, s'élève au 40e

percentile trois mois après la cure (figure 1). Dans l'analyse de la variance, la cote positive totale présente une source significative de la variance ( $p < .01$ ) entre ces deux mesures (voir appendice C, tableau 6, variable 5). Cependant, l'impact du traitement est supérieur à celui de la réinsertion sociale ( $t = 2.23$ ,  $p < .05$ ) de l'individu dans son milieu (voir appendice C, tableau 7, variable 5).

La troisième hypothèse concernait le soi social et s'élaborait comme suit:

Hypothèse III: Le soi social augmente durant la période de traitement par rapport à la mesure établie avant la cure.

Au premier abord, cette hypothèse semble confirmée. En effet, selon les résultats (figure 1), le soi social se situe au 25e percentile avant la cure et au 45e percentile après le traitement. Malheureusement, dans l'analyse de la variance, le soi social (variable 13) ne présente pas de source significative de la variance ( $p < .05$ ) entre ces deux mesures (voir appendice C, tableau 6, variable 13). L'hypothèse III n'obtient donc pas confirmation même si le soi social manifeste une amélioration telle que prévue durant le traitement.

Enfin, la quatrième hypothèse de travail qui se rapportait également au soi social se formulait ainsi:

Hypothèse IV: Le soi social diminue durant les trois mois suivant le traitement par rapport à celui mesuré immédiatement après la cure de réhabilitation.

Les résultats vont exactement à l'opposé de cette hypothèse puisque le soi social passe du 45e au 55e percentile durant les trois mois qui suivent le traitement (voir figure 1). L'analyse de la variance ne présente pas de source significative de variance entre ces deux mesures (voir appendice C, tableau 6, variable 13). De plus, il n'y a pas de différence significative entre l'impact du traitement et celui de la réinsertion sociale ( $t = 0.44$ ,  $p = 0.663$ ) de l'individu dans son milieu quant au soi social (voir appendice C, tableau 7, variable 13).

#### Interprétation et discussion des résultats

Jusqu'à maintenant, les hypothèses ont été vérifiées à partir uniquement de deux résultats du test TSCS: cote positive totale et soi social. On ne peut cependant pas ignorer d'autres résultats du test, car le concept de soi constitue quelque chose de dynamique et chacun de ses éléments doit être traité comme s'il faisait partie d'un tout. Dans un premier temps, nous allons donner un sens aux résultats dans chacune des mesures. Dans un deuxième temps, il y a lieu de discuter de ces résultats.

### Interprétation du premier testing

Dans l'interprétation des résultats, seules les variables les plus pertinentes seront considérées. Pour en simplifier le processus d'interprétation, nous allons suivre le cheminement suggéré par Toulouse (1971).

La première étape à suivre est d'examiner d'abord le résultat à l'échelle critique de soi. Or, comme cette variable se situe entre le 80e et le 96e percentile, on peut dire qu'il y a ici l'indice d'une capacité saine de critique de soi (voir figure 1).

Les données d'estime de soi sont les autres variables à interpréter. D'abord, la cote positive totale (niveau général d'estime de soi) donne un résultat très négatif au premier testing (8e percentile selon la figure 1). Or, une cote en bas du 20e percentile signifie que les personnes doutent de leur valeur, sont anxieuses, dépressives, malheureuses et ont peu confiance en elles-mêmes. De plus, comme cette cote est en-dessous du 12e percentile, il y aurait des indices de pathologie.

Comme nous pouvons le constater à l'aide de la figure 1, toutes les variables d'estime de soi sont peu élevées: satisfaction de soi (12e percentile), comportement (10e percentile), soi physique (9e percentile), soi moral (6e percentile) et soi social (26e percentile). D'après ces résultats, on peut dire

qu'au moment de leur entrée en clinique, les individus se décrivent de façon négative: ils ne s'acceptent pas, ils ont une très mauvaise opinion d'eux-mêmes et ils ont l'impression d'être de mauvaises personnes. Comme le soi familial (22e percentile) est légèrement supérieur au soi personnel (16e percentile), ceci reflète le sentiment que ces gens-là ne se considèrent pas comme des membres importants de leur famille et pour leurs proches amis. D'autre part, comme le soi social (26e percentile) présente un résultat supérieur aux autres résultats d'estime de soi, on peut déduire que les sujets présentent un faible sentiment d'adéquation, de valeur et de compétence dans les situations sociales prises au sens large. Enfin, le résultat identité (37e percentile) indique que les alcooliques perçoivent leur identité de base (leur "qui suis-je?") d'une manière plus adéquate que tout autre élément de l'estime de moi.

La troisième étape a trait aux résultats de variabilité et de conflit total. Ainsi, comme ces deux résultats sont très élevés (variabilité 77e percentile, conflit total 91e percentile) on peut interpréter que les sujets se sont perçus de façon si changeante d'une dimension à l'autre, qu'il y a absence d'intégration entre les différents niveaux de perception d'eux-mêmes; ainsi donc, les alcooliques présentent de la confusion, des contradictions et des conflits dans leur concept de soi pour le premier testing (voir figure 1).

Les deux dernières variables importantes à interpréter sont les résultats de conflit net et le rapport V/F. Comme la variable conflit net est très élevée (96e percentile selon la figure 1) on peut penser que les sujets ont misé davantage sur leurs attributs positifs. Quant au rapport V/F, il nous permet de voir comment les individus sont arrivés à insister sur les aspects positifs ou à éliminer les aspects négatifs. Comme il se situe au 93e percentile, on peut croire que les sujets ont mis l'accent sur ce qu'ils sont en éprouvant de la difficulté à révéler leurs attributs négatifs.

#### A. Discussion du premier testing

A la lumière de l'ensemble des résultats de l'estime de soi, on perçoit facilement que lors de la première mesure les sujets étaient dépressifs, anxieux et doutaient considérablement de leur valeur. Nous pouvons déceler également une absence d'intégration et des contradictions dans leurs réponses au questionnaire. Les sujets ont voulu révéler davantage leurs attributs positifs en niant ou en cachant leurs traits négatifs.

1. Une des raisons qui peut expliquer toute l'incohérence de la première mesure, se trouve probablement dans le fait que cette première expérimentation a eu lieu avant même que les sujets atteignent un état psychologique normal. En effet, la première mesure a été prise à peine trois jours après que les

individus se soient remis de leur état d'ébriété qui dure parfois depuis quatre à six mois. De plus, plusieurs sujets absorbaient à ce moment-là des médicaments délivrés sur ordonnance durant leurs premiers jours en clinique. D'autre part, l'expérience clinique démontre que les alcooliques sont très dépressifs à leur arrivée en clinique, alors que leur état s'améliore appréciablement après la première semaine de traitement.

2. Une autre façon d'expliquer les résultats de la première mesure est que, parmi les alcooliques, il faut différencier ceux qui se présentent librement pour un traitement et ceux qui refusent toute forme d'aide. En effet, Mindlen (1964) démontre au moyen d'un questionnaire que les alcooliques qui sont motivés à rechercher de l'aide ont une opinion très basse d'eux-mêmes et présentent une meilleure motivation à changer et à s'améliorer. Chez les alcooliques qui refusent toute forme d'aide, il apparaît une estime de soi élevée. Mindlen (1964) et Schenkel (1967) l'interprètent en termes de réactions défensives ou d'incapacité à faire face à la réalité de leurs échecs, réactions qui se traduisent en une fierté de nature défensive ou en un optimisme irréaliste.

Chez l'alcoolique qui accepte de l'aide, on retrouve une estime de soi basse et plus elle est basse, mieux l'alcoolique sera disposé pour la thérapie. En effet, Keith et Newworth (1968) considèrent que l'alcoolique véritablement motivé

à "guérir" accepte son étiquette d'alcoolique et se définit lui-même comme quelqu'un ayant besoin de traitement. Mc Kinnon (1972) prétend que cette motivation à la thérapie est en fonction du degré de culpabilité qui a des répercussions sur toutes les facettes de sa personnalité. On n'est pas surpris, rapporte Allen (1969), que l'alcoolique volontaire pour la thérapie est socialement plus incompetent et qu'il se classe plus bas aux mesures de valeurs et d'acceptation de soi que celui qui refuse le traitement, puisqu'il fait alors les premières démarches pour solutionner ses problèmes inter-personnels en voulant supprimer la culpabilité psychologique et existentielle.

Nous pouvons donc supposer que l'estime de soi de la première mesure est très basse dû au fait que les personnes qui ont servi à cette recherche étaient des alcooliques motivés au traitement; de plus, les résultats représentent uniquement ceux qui n'ont pas abandonné le traitement en cours de route, et qui sont demeurés sobres pendant toute la durée de l'expérimentation (quatre mois).

Comme le soi social se présente comme la variable la plus positive parmi les résultats d'estime de soi, on peut penser que dès leur entrée en clinique, les alcooliques perçoivent qu'ils ont d'assez bonnes relations sociales. Par contre, ce résultat diffère de ceux de Gross et Alder (1970) qui, en administrant le TSCS à 140 alcooliques entrant volontairement en



traitement, ont constaté que la perception négative qu'ont ces derniers d'eux-mêmes est globale et générale et ne se limite pas à certaines sphères de leur personnalité. Comme la variable conflit total n'indique pas que les alcooliques ont été défensifs en voulant démontrer qu'ils ont moins de problèmes sur le plan social par rapport aux autres variables d'estime de soi, on peut donc prétendre que c'est sur ce plan que les alcooliques se perçoivent plus adéquats.

#### Interprétation du deuxième testing

Dans l'interprétation des résultats du deuxième testing, nous allons suivre le même cheminement que ci-dessus.

Le résultat critique de soi qui se situe au 63e percentile selon la figure 1 indique une défense par laquelle les individus essaient de présenter une image favorable d'eux-mêmes.

La cote positive totale donne un résultat plus positif (31e percentile) par rapport à la première mesure (10e percentile). Ainsi, les gens s'apprécient davantage après leur traitement malgré des résultats encore très faibles. Un résultat très positif se situe en haut du 80e percentile.

Dans l'ensemble, les différents aspects de l'estime de soi apparaissent plus positifs par rapport au premier testing et augmentent également dans les mêmes proportions à quelques

percentiles près. Par contre, les résultats demeurent encore très faibles sauf pour la variable soi social qui se trouve légèrement plus élevée que les autres variables de l'estime de soi. Ainsi pour le premier et le deuxième testing, nous obtenons les cotes suivantes: identité (37e et 37e percentile), satisfaction de soi (12e et 33e percentile), comportement (10e et 32e percentile), soi physique (9e et 35e percentile), soi moral (6e et 35e percentile), soi personnel (16e et 38e percentile), soi familial (22e et 28e percentile) et soi social (26e et 45e percentile) selon la figure 1.

Si l'on compare maintenant les résultats de conflit total et de variabilité totale au premier et au deuxième testing, nous pouvons constater moins de confusion, moins de contradiction pour le deuxième testing (voir figure 2). Ainsi, pour la première et la deuxième mesures, nous obtenons les résultats suivants: variabilité totale (77e et 62e percentile), conflit total (91e et 70e percentile).

Le résultat conflit net (à cause d'un résultat très élevé (91e percentile) signifie que les sujets ont misé davantage sur leurs attributs positifs, mais un peu moins que lors du premier testing (96e percentile). Quant au rapport V/F qui s'élevait au 93e percentile au premier testing, il est descendu au 91e percentile lors du deuxième testing, ce qui veut dire que les sujets ont éprouvé également de la difficulté à révéler

leurs attributs négatifs (voir figure 1).

#### A. Discussion du deuxième testing

A la lumière des résultats, le niveau global d'estime de soi qui est sensé baisser au cours du traitement (hypothèse 1) se trouve au contraire plus positif après la cure.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces résultats. D'abord nous avons vu que, pour la première mesure, les résultats apparaissent faussés à cause d'un état psychologique anormal chez les sujets. Il se peut également qu'à cause des résultats très bas au premier testing, il y eut un pur effet de régression vers la moyenne (Kerlinger, 1973). Comme il est difficile de retrouver un concept de soi encore plus bas que celui de la première mesure, il demeure justifiable de retrouver un concept de soi plus positif pour la deuxième mesure. Enfin, d'après le résultat de la critique de soi (63e percentile d'après la figure 1) il semble a priori que ces gens-là ont tout simplement voulu présenter dès le départ une image favorable d'eux-mêmes. En effet, les résultats observés peuvent en réalité être faussés par leur attitude trop défensive.

Quant à l'hypothèse III où il était proposé que le soi social augmentait durant la période de traitement, elle ne se trouve pas confirmée même si les résultats vont dans le sens anticipé par rapport à la première mesure, car le résultat

n'atteint pas le seuil de probabilité choisi.

D'après le résultat recueilli pour le soi social du deuxième testing, il y aurait une tendance à ce que le soi social des alcooliques soit plus positif après le traitement. Ainsi, ce résultat va dans le même sens que l'hypothèse de travail. Cette tendance à augmenter peut provenir du milieu supportant qui est, d'un côté, le milieu thérapeutique (le thérapeute et les autres patients) et, d'un autre côté, la famille et les amis qui renouent leur liaison durant la période de traitement. En effet, on peut observer facilement que la femme, la famille et les amis sont plus près du sujet durant son traitement. Il semble que le fait de suivre une cure de réhabilitation entraîne une réconciliation avec la famille et les amis du sujet. Cependant, comme l'augmentation du soi social n'est pas significative, on peut supposer que, même dans un milieu des plus favorables (comme une clinique de réhabilitation), l'alcoolique perçoit une faible amélioration dans ses relations et ses compétences sociales.

Quant à la théorie de Mead (1963) et Tome (1972) qui prétendent que le soi social provient du milieu où vit un individu, cette théorie n'est pas vérifiée ici. Cependant, si le soi social avait diminué lorsque les individus se sont retrouvés dans leur milieu naturel qui est sensé être plus austère, il y aurait lieu de croire que le soi social s'établit en fonction du milieu, mais tel n'est pas le cas ici puisque le soi

social augmente après la cure au lieu de diminuer. (d'après les résultats de la postcure). Ainsi, comme le résultat du soi social après la cure apparaît seulement un peu plus positif, on peut penser d'une part que le milieu thérapeutique n'apporte pas nécessairement de meilleures relations au sens large. D'autre part, il se peut également qu'un laps de temps d'un mois (le temps que dure le traitement) soit trop court pour entraîner une amélioration significative.

D'après la théorie de Mc Kinnon (1972), les alcooliques devraient se déprécier davantage après un mois d'hospitalisation. Or, cette théorie de Mc Kinnon ne découle pas des changements dans le concept de soi après une thérapie et les recherches ne semblent pas faire mention d'études affirmant le contraire. D'un point de vue analytique, Armstrong et Hoyt (1963) ont déjà administré le test Id-ego-superego (I.E.S.) à un groupe d'alcooliques dans le but d'évaluer autant le fonctionnement comportemental que le concept de soi et le soi idéal. Les évaluations ont eu lieu avant et après une thérapie. Les résultats ont démontré une diminution significative du soi idéal et une augmentation des forces de l'ego.

Connor (1962) relève des indices d'une meilleure acceptation de soi chez des alcooliques après une certaine période de sobriété. Jorgensen et coll. (1967), de même que Schenkel (1967) rapportent qu'il y a un grand désaccord entre le concept de soi

et le concept des autres chez l'alcoolique qui suit une psychothérapie. Ceci veut dire qu'à la suite de prises de conscience et d'une sobriété continue, l'alcoolique tente d'améliorer son concept de soi en diminuant celui des autres. Ainsi, après une thérapie, il en vient à se penser supérieur aux autres alcooliques qui n'ont pas eu le courage de poursuivre le traitement jusqu'à sa phase terminale ou qui, tout simplement, refusent tout traitement. Schenkel (1967) soutient que les sujets impliqués en thérapie parviennent à découvrir et à intérioriser davantage leurs propres valeurs. Nous pouvons donc supposer que l'estime de soi des alcooliques est supérieur après un traitement plutôt qu'avant la cure parce que, parmi les sujets observés, nous avons les alcooliques les plus motivés à "guérir".

#### Interprétation du troisième testing

Dans l'interprétation du troisième testing, nous allons suivre également le même cheminement que pour les deux premières évaluations.

Pour cette mesure, le résultat critique de soi indique une cote très faible (48e percentile, selon la figure 1) et signifie que les sujets sont encore plus défensifs à la troisième mesure en essayant de présenter une image favorable d'eux-mêmes. De plus, on peut penser que le résultat "d'estime de soi" risque d'être artificiellement positif.

La cote positive totale est légèrement plus élevée qu'à la deuxième mesure mais, étant donné que ce résultat se chiffre au 40e percentile, il demeure que ces gens doutent de leur valeur, sont anxieux, dépressifs, malheureux et ont peu de confiance en eux-mêmes. Un résultat très positif se situe en haut du 80e percentile.

Dans la troisième mesure, toutes les données de l'estime de soi ont légèrement augmenté sauf pour l'identité et le soi physique. En effet, on constate, à la lecture des résultats de la figure 1, que les sujets perçoivent leur corps, leur santé, leur apparence physique, leurs talents et leur sexualité de façon un peu plus négative que lors de la deuxième mesure. Quant à la variable soi social, elle se trouve plus positive (55e percentile) qu'à la deuxième mesure (voir figure 1) mais l'augmentation n'est pas significative au seuil de probabilité choisi (voir appendice C, tableau 6, variable 13).

Pour la troisième mesure, les résultats de conflit total (62e percentile) et variabilité totale (56e percentile) indiquent comme dans la deuxième mesure une perception constante.

Les résultats de conflit net révèlent que les sujets ont un peu moins misé sur leurs attributs positifs que lors des deux premières mesures. Enfin, le rapport V/F se situe presque au même niveau dans les trois mesures (voir figure 1) et on peut

interpréter que les sujets ont quand même éprouvé de la difficulté à révéler leurs attributs négatifs au cours de la troisième mesure.

#### A. Discussion du troisième testing

D'après les résultats observés, le niveau global d'estime de soi est plus élevé trois mois après le traitement, contrairement à l'hypothèse II qui prévoyait une baisse du niveau global d'estime de soi.

Le niveau global d'estime de soi mérite nécessairement d'être discuté à la lumière d'autres résultats de ce troisième testing. D'une part, d'après le résultat de critique de soi nous pouvons observer que les sujets sont encore plus défensifs lors de la troisième mesure comparativement à la première et à la deuxième mesure et ainsi nous pouvons penser que le résultat "d'estime de soi" peut être artificiellement positif. D'autre part, même si la perception de soi indique une constance, il n'en demeure pas moins que les individus ont voulu démontrer davantage leurs attributs positifs (résultats de conflit net et rapport V/F élevés).

Quant à l'hypothèse IV où l'on prévoyait que le soi social allait diminuer trois mois après le traitement, les résultats ont révélé une tendance contraire sans toutefois atteindre le niveau de signification choisi. Toutefois, on



peut douter de la valeur réelle de ces résultats puisque le résultat à l'échelle critique de soi indique que les alcooliques ont essayé de présenter une image favorable d'eux-mêmes en cachant leurs attributs négatifs. Ainsi, le soi social rapporté à la troisième mesure semble faussé. Cependant, même si le résultat du soi social s'avère inexact il reste que le soi social devient de plus en plus positif au cours de chacune des mesures, ce qui semble vouloir dire qu'indépendamment du milieu où se trouve l'alcoolique (milieu naturel ou milieu thérapeutique), le soi social devient de plus en plus positif dans une période de quatre mois de sobriété.

D'après ces résultats, nous pouvons supposer que la cure de réhabilitation et la thérapie individuelle qui se poursuit pour certains après leur stage clinique, ont aidé à leur donner une meilleure image d'eux-mêmes. D'autre part, à leur sortie de la clinique, les alcooliques adhèrent pour la plupart à l'association des Alcooliques Anonymes (A.A.). Il se peut également qu'ils aient reçu beaucoup de support moral de leur famille et de leur milieu. Enfin, il est facile d'admettre que le seul fait qu'ils soient demeurés sobres depuis le début du traitement (une période de quatre mois s'étant écoulée) ait eu un effet positif sur leur estime de soi.

Ainsi donc, les deux hypothèses portant sur le niveau global d'estime de soi (formulées en fonction des théories de

Schielder (1941), White et Porter (1966) qui prétendent que plus l'alcoolique demeure en milieu thérapeutique, plus il présente un concept de soi négatif), sont infirmées dans les cadres de cette étude.

Quant à la théorie de Mc Kinnon (1972) affirmant que le concept de soi de l'alcoolique, négatif en période de sevrage, diminue progressivement pendant un certain temps pour ensuite se structurer et devenir positif, elle ne se vérifie pas ici, compte tenu que le premier testing eut lieu au début de la période de sevrage.

Quant aux deux autres hypothèses se rapportant au soi social (formulées en fonction de la théorie de Mead (1963) et Tome (1972) affirmant que le soi social provient du milieu où vit l'individu), cette recherche n'a pas pu vérifier adéquatement cette théorie chez un groupe d'alcooliques. En effet, le passage d'un milieu à un autre (du milieu thérapeutique au milieu naturel) n'a pas eu d'effet significatif (pour le seuil de probabilité choisi) sur le soi social des sujets tel que prévu par les deux hypothèses de travail.

## Résumé et conclusion

Avec un groupe de 23 alcooliques de sexe masculin qui se présentent pour une cure de réhabilitation, cette étude cherche à vérifier, d'une part, si le niveau global d'estime de soi de ces alcooliques devient de plus en plus positif entre le début et la fin d'une période d'un mois de traitement et trois mois après cette cure. D'autre part, cette recherche veut examiner en même temps le soi social de ces alcooliques qui est sensé devenir plus positif après le traitement et plus négatif trois mois après la cure.

En utilisant le Tennessee Self Concept Scale (TSCS) comme instrument de mesure, il devient possible de vérifier ces deux variables du concept de soi. A cet effet, un premier testing a lieu dès l'entrée des 23 patients en traitement avant même que ne débute la cure; un deuxième testing s'établit immédiatement après le traitement avant qu'ils ne quittent la clinique; enfin, un troisième testing est pris trois mois plus tard avec ces mêmes sujets.

Les deux premières hypothèses de travail se rapportent au niveau global d'estime de soi et découlent de la théorie de Schielder (1941), White et Porter (1966) et Mc Kinnon (1972). Ces auteurs affirment que le concept de soi (qui inclut l'estime de soi) négatif en période de sevrage diminue pendant un

certain temps pour ensuite se structurer et devenir positif. Malheureusement, cette théorie est infirmée dans cette étude, compte tenu que le premier testing eut lieu au début de la période de sevrage. De plus, d'après les résultats de cette recherche, le niveau global d'estime de soi apparaît de plus en plus positif au fur et à mesure que se poursuit la période de sobriété sans toutefois présenter de source significative au seuil de probabilité choisi entre chacune des mesures.

Quant aux deux autres hypothèses de cette recherche, elles se rapportent à la théorie de Mead (1963) et Tome (1972) qui prétend que le soi social provient du milieu où vit l'individu. D'après les résultats obtenus, cette théorie est également infirmée. En effet, le passage d'un milieu à un autre (du milieu thérapeutique au milieu naturel) n'a pas eu d'effet significatif (au seuil de probabilité choisi) sur le soi social des sujets.

Il est permis de conclure que parmi les alcooliques qui subissent un traitement, la cote totale d'estime de soi apparaît très négative au début du traitement pour devenir plus positive après la cure. Ainsi, pour le premier testing, toutes les variables d'estime de soi sont très négatives à l'exception de la variable soi social qui donne un résultat plus positif. On peut donc dire (d'après la variable soi social relativement plus élevée que les autres variables d'estime de soi) que, parmi

le groupe d'alcooliques choisi pour mener cette recherche, les sujets ont un sentiment assez élevé d'adéquation et de valeur dans leurs transactions sociales même au moment où ils sont entrés en cure de réhabilitation.

Immédiatement après le traitement, la cote positive totale d'estime de soi est plus positive, mais on peut percevoir que les alcooliques ont surtout voulu présenter une image favorable d'eux-mêmes. Quant au soi social, ces gens-là se sentent plus sociables, plus à l'aise et plus compétents avec autrui après la cure.

Enfin, trois mois après le traitement, la cote positive totale d'estime de soi est encore légèrement plus positive que celle mesurée immédiatement après le traitement. Malheureusement, les alcooliques ont voulu encore présenter une image trop favorable d'eux-mêmes en essayant de cacher leurs attributs négatifs. Quant au soi social, les résultats révèlent pour ce troisième testing que les alcooliques se perçoivent encore plus compétents dans leurs relations sociales trois mois après le traitement. Ce sentiment d'avoir amélioré leurs contacts avec autrui peut simplement provenir du fait que les alcooliques rencontrent de plus en plus de gens ayant les mêmes problèmes qu'eux, qu'ils se font de plus en plus confiance et qu'ils sont fiers de pouvoir demeurer sobres.

Lors du dernier questionnaire, il est demandé à chacun des sujets de donner de leurs nouvelles par écrit. Voici en résumé les points rapportés: pas d'usage d'alcool ou très peu depuis quatre mois, on se garde d'en prendre; les gens ont décidé de changer leur façon de vivre et exercent un meilleur contrôle sur eux-mêmes; le moral est meilleur et ils se sentent soutenus par leur famille et leur environnement social; la plupart d'entre eux font partie des réunions d'Alcooliques Anonymes (A.A.); l'état de santé s'est sensiblement amélioré. Bref, d'après les commentaires recueillis, on peut en déduire que ces gens-là sont plus en contact avec la réalité, s'isolent moins des autres et qu'ils se laissent moins abattre par les événements.

#### Nouveaux débouchés de recherche

Si l'on voulait reprendre les objectifs de cette recherche, il faudrait d'abord contrôler d'autres variables: l'âge, la classe sociale, le facteur culturel et l'état psychologique de ces gens-là. Il faudrait également connaître la motivation des sujets qui se présentent pour un traitement. En effet, il faut s'attendre à des résultats différents si l'on compare ceux qui se présentent de leur gré et les alcooliques qui se sentent obligés (par des menaces de divorce, menace de perdre leur emploi, etc.) de suivre une cure de réhabilitation.

En deuxième lieu, on devrait prendre le soin d'attendre une semaine environ pour le premier testing, en tenant compte que la plupart d'entre eux sont encore sous l'effet de la boisson après leur entrée en clinique. En effet, on peut observer que ces gens-là fonctionnent mieux sur le plan physique et psychologique après une semaine de sobriété.

En troisième lieu, il serait important d'avoir un groupe-contrôle parmi les alcooliques qui ne subissent aucun traitement intensif, afin de pouvoir comparer l'évolution de l'estime de soi sur le temps de sobriété.

Il faudrait évaluer également ceux qui abandonnent durant la cure, même si l'on sait qu'il est difficile de les rejoindre par la suite. En effet, dans cette recherche, 27 sujets ne figurent pas dans la moyenne des résultats et, par conséquent, les résultats obtenus demeurent plus spécifiques à une catégorie d'alcooliques, c'est-à-dire les plus motivés au traitement.

Enfin, certaines questions du test TSCS méritent d'être précisées davantage comme, par exemple, si le sujet doit se décrire en état d'ébriété ou comment il se perçoit sur le moment. Comme certaines questions du test TSCS apparaissent ambiguës et que la moindre intervention de l'expérimentateur peut faire varier l'exactitude de l'autodescription des individus, il faudrait reformuler certaines questions.



## Appendice A

### Epreuve expérimentale

Mesure du concept de soi TSCS

Questionnaire

Jean-Marie Toulouse, Ph.D.

### Directives

Inscrivez votre nom, votre âge sur la première ligne de la feuille de réponses. Ecrivez vos réponses sur les feuilles de réponses. N'écrivez pas dans le questionnaire.

Les énoncés que nous vous proposons ont pour but de vous aider à vous décrire tel que vous êtes selon vous. Veuillez répondre comme vous le feriez si vous vous parliez à vous-même.

Répondez à tous les items. Lisez chaque énoncé attentivement, puis choisissez parmi les cinq (5) réponses données au bas de la page, celle qui vous convient le mieux. Sur votre feuille de réponses, tracez un cercle autour de la réponse de votre choix.

N'oubliez pas de tracer un cercle autour de la réponse de votre choix. Il faut répondre à tous les items.

Réponses:	Complètement faux	Surtout faux	Partiellement vrai et partiellement faux	Surtout vrai	Complètement vrai
	1	2	3	4	5

	Numéro de l'item
1- J'ai un corps sain -----	1
2- J'aime paraître toujours "bien mis" et propre -----	2
3- Je suis une personne attrayante -----	3
5- Je me considère comme une personne négligée -----	5
23- Je suis une mauvaise personne -----	23
19- Je suis une personne bien (Je suis "quelqu'un de bien")-----	19
41- Je suis une personne sans importance (je suis nul(le))-----	41
21- Je suis une personne honnête -----	21
59- Mes amis ne me font pas confiance -----	59
77- Ce que les autres font ne m'intéresse pas -----	77
91- Je ne dis pas toujours la vérité -----	91
37- Je suis une personne gaie -----	37
55- Je suis membre d'une famille qui m'aiderait toujours dans n'importe quelle difficulté -----	55
39- Je suis une personne calme et peu compliquée (il est facile de s'entendre avec moi) -----	39
4- J'ai beaucoup de malaises physiques et de courbatures -----	4
6- Je suis une personne malade -----	6
57- Je suis membre d'une famille heureuse -----	57
22- Je ne suis pas une personne de bonnes mœurs -----	22

Réponses:	Complètement faux	Surtout faux	Partiellement vrai et partiellement faux	Surtout vrai	Complètement vrai
	1	2	3	4	5

	Numéro de l'item
40- Je suis une personne détestable -----	40
73- Je suis une personne sympathique, amicale -----	73
42- Je perds la raison -----	42
93- Parfois, il m'arrive de me mettre en colère -----	93
75- Je suis populaire auprès des hommes -----	75
20- Je suis une personne religieuse, pieuse -----	20
24- Je suis une personne faible moralement -----	24
38- J'ai une grande maîtrise de moi-même -----	38
58- Je ne suis pas aimé(e) des membres de ma famille -----	58
74- Je suis populaire auprès des femmes -----	74
56- Je suis une personne importante aux yeux de mes amis et de ma famille -----	56
60- J'ai l'impression que ma famille n'a pas confiance en moi -----	60
76- J'en veux à tout le monde -----	76
78- Je suis une personne avec qui il est difficile d'avoir un contact amical -----	78
92- De temps en temps, je pense à des choses trop laides pour en parler -----	92
7- Je suis ni trop gras(se) ni trop maigre -----	7
25- Je suis satisfait(e) de mon comportement moral -----	25

Réponses:	Complètement faux	Surtout faux	Partiellement vrai et partiellement faux	Surtout vrai	Complètement vrai
	1	2	3	4	5

	Numéro de l'item
11- J'aimerais changer certaines parties de mon corps -----	11
9- J'aime mon apparence physique comme elle est -----	9
29- Je devrais aller à l'église plus souvent -----	29
47- Je me méprise -----	47
43- Je suis satisfait(e) d'être précisément ce que je suis -----	43
61- Je suis satisfait(e) des relations que j'ai avec ma famille -----	61
65- Je devrais avoir plus confiance en ma famille -----	65
83- Je n'ai aucune habileté au point de vue social -----	83
94- Parfois, lorsque je ne me sens pas bien, je suis de mauvaise humeur -----	94
45- Je suis aussi gentil(le) que je devrais l'être -----	45
63- Je comprends ma famille aussi bien que je le devrais -----	63
10- Je ne me sens pas aussi bien que je le devrais -----	10
79- Je suis aussi sociable que je veux l'être -----	79
12- Je devrais avoir plus de "sex-appeal" -----	12
28- J'aimerais être plus digne de confiance -----	28
46- Je ne suis pas la personne que je voudrais être -----	46
81- J'essaie de plaire aux autres sans cependant exagérer -----	81
8- Je suis ni trop grand(e) ni trop petit(e) -----	8
30- Je ne devrais pas mentir aussi souvent que je le fais -----	30

Réponses:	Complètement faux	Surtout faux	Partiellement vrai et partiellement faux	Surtout vrai	Complètement vrai
	1	2	3	4	5

## Page 4

	Numéro de l'item				
95- Je n'aime pas toutes les personnes que je connais -----					95
26- Je suis aussi religieux(se) que je veux l'être -----					26
44- J'ai la réplique aussi facile que je veux l'avoir -----					44
48- J'aimerais ne pas lâcher aussi facilement que je le fais -----					48
64- Je suis trop sensible aux remarques de ma famille -----					64
62- Je traite mes parents aussi bien que je le devrais (lire au passé si les parents sont décédés) -----					62
80- Je suis satisfait(e) de ma façon d'agir avec les amis, les autres en général -----					80
66- Je devrais aimer ma famille davantage -----					66
13- Je prends bien soin de ma santé physique -----					13
82- Je devrais être plus poli(e) envers les gens -----					82
97- De temps à autre, je ris d'une farce grivoise -----					97
15- J'essaie de soigner mon apparence physique -----					15
31- Dans ma vie de tous les jours, je suis fidèle à ma religion -----					31
17- J'agis souvent comme si j'avais les mains "pleines de pouces" (de façon malhabile, maladroitement) -----					17
35- Il m'arrive parfois de très mal agir (d'agir d'une façon très peu recommandable) -----					35
33- J'essaie de changer lorsque je constate que j'agis mal -----					33
49- Quelle que soit la situation, je peux toujours me tirer d'affaire -----					49
Réponses:	Complètement faux	Surtout faux	Partiellement vrai et partiellement faux	Surtout vrai	Complètement vrai
	1	2	3	4	5

	Numéro de l'item
53- Je fais des choses sans d'abord y avoir réfléchi -----	53
71- Je cède à mes parents (lire au passé si les parents sont décédés) -----	71
67- J'essaie de jouer franc jeu avec ma famille et mes amis ----	67
89- Je ne pardonne pas facilement -----	89
96- Il m'arrive parfois de commérer un peu -----	96
69- Je m'intéresse sincèrement à ma famille -----	69
87- Je m'entends bien avec les gens -----	87
18- Je dors mal (j'ai de la difficulté à dormir) -----	18
34- J'emploie quelquefois des moyens malhonnêtes pour avancer --	34
85- J'essaie de comprendre le point de vue de mon interlocuteur-	85
16- Je ne suis pas "bon" dans les sports et les jeux -----	16
51- J'accepte des reproches sans me mettre en colère -----	51
32- La plupart du temps, je fais ce qui est bien -----	32
36- J'éprouve de la difficulté à faire ce qui est bien -----	36
52- Je change souvent d'idée -----	52
98- Il y a des moments où j'ai envie de sacrer -----	98
14- Je me sens presque toujours en bon état physique -----	14
50- Je résous mes problèmes assez facilement -----	50

Réponses:	Complètement faux	Surtout faux	Partiellement vrai et partiellement faux	Surtout vrai	Complètement vrai
	1	2	3	4	5



	Numéro de l'item
54- J'essaie de fuir mes problèmes -----	54
70- Je me querelle avec ma famille -----	70
88- Je ne me sens pas à l'aise avec les autres -----	88
68- A la maison, je fais ma part du travail -----	68
86- Je trouve des qualités à toutes les personnes que je rencontre -----	86
72- Je ne me comporte pas comme ma famille pense que je le devrais -----	72
27- Je suis satisfait (e) de ma relation avec Dieu -----	27
90- J'éprouve de la difficulté à converser avec des étrangers ----	90
99- Au jeu, j'aime mieux gagner que perdre -----	99
100- De temps en temps, il m'arrive de remettre au lendemain ce que je devrais faire le jour même -----	100
84- Il faudrait que je m'entende mieux avec les gens -----	84

Réponses:	Complètement faux	Surtout faux	Partiellement vrai et partiellement faux	Surtout vrai	Complètement vrai
	1	2	3	4	5

No de l'item	Pages 5 et 6	No de l'item	Pages 3 et 4	No de l'item	Pages 1 et 2	NOM
31	1 2 3 4 5	7	1 2 3 4 5	1	1 2 3 4 5	
17	5 4 3 2 1	25	1 2 3 4 5	2	1 2 3 4 5	
35	5 4 3 2 1	11	5 4 3 2 1	3	1 2 3 4 5	
33	1 2 3 4 5	9	1 2 3 4 5	5	5 4 3 2 1	
49	1 2 3 4 5	29	5 4 3 2 1	23	5 4 3 2 1	
57	5 4 3 2 1	47	5 4 3 2 1	19	1 2 3 4 5	
71	5 4 3 2 1	43	1 2 3 4 5	41	5 4 3 2 1	
67	1 2 3 4 5	61	1 2 3 4 5	21	1 2 3 4 5	
89	5 4 3 2 1	65	5 4 3 2 1	59	5 4 3 2 1	
23	1 2 3 4 5	87	5 4 3 2 1	77	5 4 3 2 1	
69	1 2 3 4 5	94	1 2 3 4 5	91	1 2 3 4 5	
87	1 2 3 4 5	45	1 2 3 4 5	37	1 2 3 4 5	
18	5 4 3 2 1	63	1 2 3 4 5	55	1 2 3 4 5	
34	5 4 3 2 1	10	5 4 3 2 1	39	1 2 3 4 5	
85	1 2 3 4 5	79	1 2 3 4 5	4	5 4 3 2 1	
16	5 4 3 2 1	12	5 4 3 2 1	6	5 4 3 2 1	
51	1 2 3 4 5	28	5 4 3 2 1	57	1 2 3 4 5	
32	1 2 3 4 5	46	5 4 3 2 1	22	5 4 3 2 1	
76	5 4 3 2 1	81	1 2 3 4 5	10	5 4 3 2 1	
53	5 4 3 2 1	9	1 2 3 4 5	73	1 2 3 4 5	
98	1 2 3 4 5	30	5 4 3 2 1	42	5 4 3 2 1	
14	1 2 3 4 5	95	1 2 3 4 5	93	1 2 3 4 5	
50	1 2 3 4 5	26	1 2 3 4 5	75	1 2 3 4 5	
64	5 4 3 2 1	44	1 2 3 4 5	20	1 2 3 4 5	
70	5 4 3 2 1	48	5 4 3 2 1	34	5 4 3 2 1	
88	5 4 3 2 1	34	5 4 3 2 1	33	1 2 3 4 5	
68	1 2 3 4 5	62	1 2 3 4 5	68	5 4 3 2 1	
86	1 2 3 4 5	80	1 2 3 4 5	74	1 2 3 4 5	
72	5 4 3 2 1	66	5 4 3 2 1	56	1 2 3 4 5	
27	1 2 3 4 5	13	1 2 3 4 5	60	5 4 3 2 1	
90	5 4 3 2 1	82	5 4 3 2 1	76	5 4 3 2 1	
99	1 2 3 4 5	97	1 2 3 4 5	78	5 4 3 2 1	
100	1 2 3 4 5	15	1 2 3 4 5	92	1 2 3 4 5	
94	5 4 3 2 1					

## Appendice B

### Description des variables de l'estime de soi

Tableau 3

L'organisation interne du test  
Tennessee Self Concept Scale

Conception du test

Réservoir d'items décrivant le concept de soi  —————→	Classification des items identité, satisfaction, comportement, soi physique soi moral-éthique, soi per- sonnel, soi familial, soi social  —————→	Spécification des items: 45 items positifs 45 items négatifs 10 items qui mesu- rent la critique de soi
---	---	---

Regroupement des résultats  
sous quatre titres principaux

1. Estime de soi (10 résultats)	<p>Un résultat global d'estime de soi.</p> <p>Trois résultats (références internes du sujet): identité, satisfaction de soi, perception de ses comportements.</p> <p>Cinq résultats (références externes du sujet): soi physique, soi moral-éthique, soi personnel, soi familial, soi social.</p> <p>Un résultat pour la distribution des réponses sur l'échelle.</p>
2. Résultats de consistance	Critique de soi (10 items); conflits et contra- dictions dans les réponses; variabilité dans les réponses.
3. Tendance à se dévaloriser ou à se survaloriser	Résultats qui mesurent la façon générale de répondre au questionnaire.
4. Les échelles pathologiques	Six échelles qui différencient divers groupes cliniques.

Tableau 4

Présentation des 28 variables du test TSCS  
réparties sous quatre catégories

<u>Catégorie</u>	<u>Variables</u>
Défense de soi	1. Critique de soi (SC)* 2. Rapport vrai/faux (T/F) 3. Conflit net (NC) 4. Conflit total (TC)
Estime de soi	5. Cote positive totale (TP) 6. Identité (R.1) 7. Satisfaction de soi (R.2) 8. Comportement (R.3) 9. Soi physique (C.A) 10. Soi moral (C.B.) 11. Soi personnel (C.C.) 12. Soi familial (C.D.) 13. Soi social (C.E.)
Consistance de soi	14. Variabilité totale (TV) 15. Variabilité des C (CTV) 16. Variabilité des R (RTV) 17. Cote de distribution (D) 18. Distribution des "5" (D-5) 19. Distribution des "4" (D-4) 20. Distribution des "3" (D-3) 21. Distribution des "2" (D-2) 22. Distribution des "1" (D-1)
Adaptation de soi	23. Défense positive (DP) 24. Mésadaptation générale (GM) 25. Psychose (PSY) 26. Troubles de caractère (PD) 27. Névrose (N) 28. Intégration de la personnalité (PI)

\* Les lettres entre parenthèses se rapportent aux échelles originales de l'auteur.

Tableau 5

## Description des variables de l'estime de soi

Echelle	Nom	Description
5	Cote positive totale	Cet indice reflète le niveau général de l'estime de soi. Les personnes qui présentent une cote élevée ont tendance à se considérer de façon positive, à avoir confiance en elles-mêmes, à s'aimer, à s'apprécier et à agir en concordance avec cette perception de soi. Les cotes faibles indiquent le doute quant à sa valeur comme personne, c'est-à-dire une perception de soi comme non-désirable. Ces personnes sont habituellement anxieuses, dépressives et malheureuses.
6	L'identité	Ce résultat décrit comment la personne se voit ou se perçoit, c'est le "qui suis-je?"
7	La satisfaction de soi	Ce résultat indique la description des sentiments que l'individu éprouve par rapport au soi perçu. Cette cote révèle son degré de satisfaction ou d'acceptation de soi. Toutes les variations possibles peuvent être soumises à cet indice: on peut se reconnaître comme ayant une certaine valeur et à cause d'un niveau d'aspiration trop élevé, être insatisfait de soi ou, au contraire, être satisfait de soi alors qu'on a peu à offrir.
8	Le comportement	A cette échelle apparaît la perception du comportement ou du fonctionnement de la personne dans les diverses instances qui la constituent. C'est la réponse à ces items qui font référence à l'agir de la personne.

Tableau 5  
Description des variables de l'estime de soi  
(suite)

Echelle	Nom	Description
9	Le soi physique	La perception de son corps, de son état de santé, de son apparence extérieure, de sa sexualité, de ses talents, de son adresse ou dextérité physique font l'objet de cette dimension.
10	Le soi moral-éthique	Ce sont les préoccupations d'ordre moral et religieux: sa propre valeur morale, sa relation avec Dieu, ses sentiments d'être "bon" ou "mauvais".
11	Le soi personnel	Ce résultat reflète l'impression de valeur personnelle de l'individu lorsqu'il est face à lui-même. C'est l'évaluation globale de sa personnalité à l'exception des aspects physiques et sociaux (les transactions avec autrui).
12	Le soi familial	Cette échelle indique la perception que l'individu a de lui-même en regard de sa famille et de ses proches amis. C'est l'impression d'adéquation, le sentiment d'être un membre important de sa famille.
13	Le soi social	Cette mesure nous donne la perception de soi en regard de ses relations sociales dans un sens large. C'est le sens d'adéquation et de valeur dans ses transactions sociales et de ses sentiments de compétence.

## Appendice C

### Résultats



Tableau 6

Analyse de la variance et test de Sheffé  
sur les résultats des trois passations du test TSCS  
(N=23 sujets)

VARIABLES	TEST I		TEST II		TEST III		F	Test de Sheffé sur les variances		
	Moyenne	E.-type	Moyenne	E.-type	Moyenne	E.-type		Tests 1-2	Tests 2-3	Tests 1-3
1	37.3913	5.5982	33.7826	4.7286	31.8261	4.5143	7.064**			p < .05
2	2.1583	1.6635	1.5113	.4166	1.4200	.4503	3.555*			
3	28.8696	24.5140	17.000	13.6814	13.2174	11.4969	2.186			
4	42.4783	17.1355	33.8696	12.1517	32.2609	11.8790	3.576*			
5	294.3913	41.7163	326.4783	36.6555	333.1304	45.5694	5.737**	P < .05		p < .05
6	106.4348	16.4090	118.0435	12.7546	116.7820	16.6022	3.956*	p < .05		
7	91.4348	16.5881	102.6087	14.1188	106.1739	16.645	5.425**		p < .05	p < .05
8	96.5217	13.6611	105.8261	13.8158	110.1739	16.4279	5.185**			p < .05
9	58.5217	10.4875	67.3478	5.8513	66.4348	9.4235	6.976**	p < .05		p < .05
10	56.1739	9.6467	65.2609	7.6171	67.3043	9.7768	9.820***	p < .05		p < .05
11	57.3913	10.7861	64.7391	10.2435	66.3043	12.0319	4.269*			p < .05
12	60.2609	9.5880	63.3913	10.0442	64.7826	10.7024	1.204			
13	62.0435	10.7385	65.7291	9.6823	68.3043	9.8877	2.0617			
14	52.0870	14.2124	46.3043	16.0012	43.4783	14.0644	2.026			

Tableau 6

Analyse de la variance et test de Sheffé  
sur les résultats des trois passations du test TSCS  
(N=23 sujets)  
(suite)

VARIABLES	TEST I		TEST II		TEST III		F	Test de Sheffé sur les variances		
	Moyenne	E.-Type	Moyenne	E.-Type	Moyenne	E.-Type		Tests 1-2	Tests 2-3	Tests 1-3
15	29.3043	9.0626	27.3913	10.3693	25.0435	8.8136	1.176			
16	22.7826	6.4099	18.9130	6.5360	18.4348	6.9924	2.956			
17	111.2609	29.9503	105.8696	32.9052	110.5217	35.2805	.183			
18	18.9565	14.5148	15.3043	13.7822	16.2609	12.7216	.440			
19	23.6957	13.6163	25.9130	11.9959	22.7826	11.4056	.339			
20	22.6087	12.0217	20.5652	12.0145	21.5652	14.5784	.144			
21	11.7391	7.3622	15.8261	8.2056	13.6522	7.8544	1.575			
22	13.000	8.3339	12.3913	9.6046	15.7391	10.1140	.831			
23	54.7826	14.9817	61.1739	12.5142	62.6957	13.5661	2.153			
24	80.0870	13.2696	88.0435	10.7552	89.6957	13.9982	3.734		p < .05	p < .05
25	56.7391	7.2314	54.4348	6.3017	54.4783	5.8533	.949			
26	55.3478	11.2112	66.2609	11.9932	69.8087	14.8132	.001			p < .05
27	67.8693	12.7361	76.3478	11.5192	79.7826	13.6879	5.380			p < .05
28	5.6957	2.9455	8.6522	4.0069	8.0870	4.5218	3.762	p < .05		

\*  $P \leq .05$     \*\*  $p \leq .01$     \*\*\*  $p \leq .001$  - Au test de Sheffé  $p \leq .05$  indique un résultat significatif.

Tableau 7

Comparaison entre le changement I (test 2-test 1)  
 et le changement II (test 3-test 2)  
 pour chacune des 28 variables du test TSCS  
 (N=23 sujets)

Variables	Changement I		Changement II		Test "t"	Seuil de probabilité
	Moyenne	E.-Type	Moyenne	E.-Type		
1	3.609	4.887	1.957	4.301	1.06	.299
2	.647	1.569	.091	.441	1.70	.104
3	6.870	19.978	3.783	14.251	.57	.573
4	8.609	14.494	1.609	9.277	2.42	.024*
5	32.087	36.473	6.652	36.581	2.23	.036*
6	11.609	16.656	1.261	16.063	2.38	.026*
7	11.174	13.836	3.565	13.208	1.74	.096
8	9.304	14.499	4.348	12.025	1.17	.255
9	8.826	9.437	.913	7.821	3.88	.001***
10	9.087	8.785	2.044	7.589	2.72	.013*
11	7.348	8.850	1.566	9.591	2.00	.058
12	1.130	7.795	1.391	9.248	.63	.534
13	3.696	9.103	2.565	6.653	.44	.663
14	5.783	17.733	2.826	11.436	.59	.561
15	1.913	12.041	2.348	7.493	.12	.904
16	3.870	7.294	.479	6.029	1.68	.108
17	5.391	26.679	4.652	28.595	1.35	.190
18	3.652	10.298	.957	9.851	1.68	.108
19	2.217	10.108	3.130	10.847	1.62	.119
20	2.044	12.557	1.000	14.238	.81	.427
21	4.087	7.988	2.174	6.035	2.89	.009*
22	6.609	9.595	3.348	6.958	1.63	.118
23	6.391	11.797	1.522	12.605	1.19	.248
24	7.957	11.080	1.652	11.614	1.86	.076
25	2.304	7.789	.044	4.343	1.03	.313
26	10.913	11.305	3.348	11.834	2.04	.053
27	8.478	12.228	3.435	11.626	1.23	.231
28	2.957	3.282	.565	4.208	2.95	.007**

\* =  $p \leq .05$   
 \*\* =  $p \leq .01$   
 \*\*\* =  $p \leq .001$

### Remerciements

L'auteur désire exprimer sa reconnaissance à son directeur de mémoire, mademoiselle Louise St-Onge, D. Ps., professeur au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son aide soutenue au cours de cette recherche.

## Références

- ADLER, A. (1966). Connaissance de l'homme, étude de caracté-  
rologie individuelle. Paris: Payot.
- ALLEN, L.R. (1969). Self-esteem of male alcoholics. The psy-  
chological record, no 19, 381-389.
- ARMSTRONG, R.G., HOYT, D.B. (1963). Personality structure of  
male alcoholics as reflected in the IES test. Quarterly  
journal of studies on alcohol, no 24, 239-248.
- ASHCRAFT, C., FITTS, W.H. (1964). Self-concept change in psy-  
chotherapy. Psychotherapy, 1, 115-118.
- BALESTER, R.J. (1956). The self-concept and juvenile delinquen-  
cy. Unpublished doctoral dissertation, Vanderbilt University.
- BLANE, H.J. (1968), cité par Jean Caron, notes de cours en  
toxicomanies. Université du Québec à Trois-Rivières.
- BLUME, S.B., SHEPPARD, C. (1967). The changing effects of drin-  
king on the changing personality of alcoholics. Quarterly  
journal of studies on alcohol, no 28, 436-444.
- BRANDEN, N. (1967). The psychology of self-esteem. Los Angeles:  
Nash Publishing Norporation.
- BUGENTAL, J.F.T. (1950). Further studies in self-perception.  
American psychologist, 5, 464.
- CARON, J. (1974). Organisation communautaire. Notes de cours  
en toxicomanies. Université du Québec à Trois-Rivières.
- CHIASSEON, J. (1970) cité par A. Boudreau dans Optat-informations,  
Québec, 1970.
- COMBS, A.W., SNYGGGS, D. (1959). Individual behavior. New York:  
Harper.
- CONNOR, R.G. (1962). The self-concept of alcoholics, in D.J.  
Pittman et C.R. Snyder (Eds): Society, culture and drinking  
patterns (pp. 455-467). New York: Wiley.

- COOPERSMITH, S. (1967). The antecedents of self-esteem. San Francisco: Freeman.
- DAVIS, J., SHEPPARD, W., MYERS, H. (1956). The two-year prognosis of 50 alcohol addicts after treatment in hospital. Quarterly journal of studies on alcohol, no 30, 485-502.
- DROLET, M. (1972). Le niveau d'estime de soi et ses corrélations avec certaines dimensions du concept de soi chez l'alcoolique. Revue toxicomanies, 5, septembre, 222-241.
- ELLENBERGER, H.J. (1974). L'alcoolique à la lumière de la psychologie comparée. L'union médicale du Canada, tome 103, no 11, novembre, 128-132.
- ENGEL, H. (1956). The stability of the self-concept in adolescence. Unpublished doctoral dissertation, George Peabody College.
- ERIKSON, E.H. (1959). Enfance et société. Trad. de l'anglais par A. Cardinet. Paris: Delachaux et Niestlé.
- FITTS, W.H. (1965). Tennessee self concept scale. Nashville: Counselor recordings and tests.
- FREUD, S. (1970), cité par C. Hall et G. Lindsey dans Theories of personality (pp. 29-77). New York: Wiley.
- GERARD, E., SAENGER, W. (1966). Out-patient treatment of alcoholism. Toronto: University of Toronto press.
- GORDON, C. (1968). Self-conceptions: configurations of content, in E. Gordon et K. Gergen (Eds): The self in social interaction. New York: Wiley.
- GROSS, W., ALDER, L.O. (1970). Aspects of alcoholics self-concepts as measured by the Tennessee self-concept scale. Psychological report, 3, 431-434.
- HESS, R.D., HANDEL, G. (1967). The family as a psychological organisation, in The psychosocial interior of the family (pp. 18-25). Chicago: Aldine.
- HORNEY, K. (1970), cité par C. Hall et G. Lindsey dans Theories of personality (p. 135). New York: Wiley.
- JAMES, W. (1890), cité par J.-M. Toulouse dans Manuel de mesure du concept de soi TSCS (p. 1) (1971). Montréal.

- JELLINEK, E.M. (1952). Phases of alcohol addiction. Quarterly journal of studies on alcohol, no 19, 673-384.
- JORGENSEN, C.Q. et coll. (1967). Interpersonal relationship: dyadic interaction in social world training. University of Utah Press, University of Utah.
- JUNG, C.G. (1958). Les types psychologiques. Genève: Librairie de l'Université Georg et Cie.
- KEITH, L., NEUWORTH, G. (1968). Exposed and shielded drinking. Archives of general psychiatry, no 19, 95-103.
- HELLY, G.A. (1955). The psychology of personal constructs. New York: Norton.
- LAMARCHE, L. (1968). Validation de la traduction du Tennessee self concept scale. Thèse inédite de licence, Université de Montréal.
- LEARY, T. (1957). Interpersonal diagnosis of personality: A function theory and methodology for personality evaluation. New York: Ronald.
- L'ECUYER, R. (1975). La genèse du concept de soi, théories et recherches. Sherbrooke: Paulines.
- LEIBNIZ, G.W.F. (1949). L'entendement humain. Paris: Presses Universitaires de France.
- LEVINSON, T., MC LACHLAN, J.F.C. (1973). Facteurs influençant les résultats du traitement à l'institut Donwood. Revue toxicomanies, 6, septembre, 203-221.
- MC KINNON, R. (1972). Le concept de soi de l'alcoolique et les changements qui l'affectent au cours d'une thérapie. Revue toxicomanies, 5, juin, 173-197.
- MEAD, G.H. (1934). Mind, self and society. Chicago: University of Chicago Press.
- MEAD, G.H. (1963). L'esprit de soi et la société. Bibliothèque de sociologie contemporaine. Paris: Presses Universitaires de France.
- MINDLEN, D.F. (1964). Attitudes toward alcoholism and toward self: differences between three alcoholic groups. Quarterly journal of studies on alcohol, no 25, 136-141.



- PEPITONE, A. (1968). An experimental analysis of self dynamic, in C. Gordon et K. Gergen (Eds): The self in social interaction. New York: Wiley.
- ROGERS, C.R. (1961). On becoming a person. Cambridge, Mass.: Reverside press.
- ROGERS, C.R. (1967). Person to person: The problem of being human. California: Real people press.
- ROSEN, A.C. (1967). Some differences in self-perceptions between alcoholics and non-alcoholics. Perceptual motor skills, no 23, 1273-1286.
- ROSENBERG, M. (1968). Psychological selectivity in self-esteem formation, in C. Gordon et K. Gergen (Eds): The self in social interaction. New York: Harper.
- SCHENKEL, J. (1967). Effects of stress upon self-conception in a group of outpatient alcoholic individuals: socio-psychological concomitants of alcoholism. Dissertation abstracts., no 28, 3066.
- SCHIELDER, P. (1941). Psychogenesis of alcoholism. Quarterly journal of studies on alcohol, 2, 277-292.
- SCHNADT, F.W. (1950). A study of alcoholic personality. Thèse de maîtrise inédite, Université de Washington.
- SNYGG, D., COMBS, A.W. (1949). Individual behaviour. New York: Harper.
- SULLIVAN, H.S. (1953), cité par G.S. Blum dans Psychoanalytic theories of personality (pp. 73-74). New York: Mc Graw-Hill.
- SULLIVAN, H.S. (1957), cité par T. Leary dans Interpersonal diagnosis of personality (pp. 8-9). New York: Ronald.
- TAYLOR, D.M. (1953). Consistency of the self-concept. Unpublished doctoral dissertation, Banderbilt University.
- TOME, H.R. (1972). Le moi et l'autre dans la conscience de l'adolescent. Paris: Delachaux et Niestlé.
- TOULOUSE, J.M. (1971). Mesure du concept de soi, manuel d'instruction (adaptation française). Montréal.

- VANDERPOOL, G.A. (1968). Alcoholism and the self-concept. Quarterly journal of studies on alcohol, 29, 59-77.
- WEIR, W.R., ZACCARIA, J.S. (1967). A comparison of alcoholics in terms of a positive concept of mental health. The journal of social psychology, 71, 151-157.
- WHITE, W.F., GAIER, E.L. (1965). Assessment of body image and self-concept among alcoholics with different intervals of sobriety. Journal of clinical psychology, 21, 374-377.
- WHITE, W.F. (1965). Personality and cognitive learning among alcoholics with different intervals of sobriety. Psychological report, 16, 1125-1140.
- WHITE, W.F., PORTER, T.L. (1966). Self-concept reports among hospitalized alcoholics during early periods of sobriety. Journal of counseling psychology, 13, 352-355.
- WILLIAMS, A.F. (1967). Self-concepts of college problem drinkers. Quarterly journal of studies on alcohol, no 28, 43-51.
- WYLIE, R.C. (1961). Self-concept: A critical survey of pertinent research literature. Lincoln: University of Nebraska press.